UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I

U. E. R. MEDECINE GRANGE-BLANCHE

Année 1974 N° d'Ordre 35

LE TEMPS DES CERISES

ou

DU SOIN INSTITUTIONNEL AUPRES DES PSYCHOTIQUES DANS LE CADRE D'UN TRAVAIL PSYCHIATRIQUE DE SECTEUR

THÈSE

présentée

à l'Université Claude Bernard - LYON I
et soutenue publiquement le 31 Janvier 1974
pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MEDECINE

par

BEETSCHEN André

né le 19 Juillet 1943

à RUMILLY 74

EDITIONS DE L'A. G. E. L.
72, Rue Etienne Richerand - 69003 LYON
1974

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544715_0012

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I

U. E. R. MEDECINE GRANGE-BLANCHE

Année 1974 N° d'Ordre 35

LE TEMPS DES CERISES

ou

DU SOIN INSTITUTIONNEL AUPRES DES PSYCHOTIQUES DANS LE CADRE D'UN TRAVAIL PSYCHIATRIQUE DE SECTEUR

THÈSE

présentée

à l'Université Claude Bernard - LYON I
et soutenue publiquement le 31 Janvier 1974
pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MEDECINE

par

BEETSCHEN André

né le 19 Juillet 1943

à RUMILLY 74

EDITIONS DE L'A. G. E. L.
72, Rue Etienne Richerand - 69003 LYON
1974

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
U.E.R. MEDECINE GRANGE-BLANCHE
8, avenue Rockefeller - LYON 8ème

- Président de l'Université : Professeur J. BOIDIN
- Premier Vice-Président : Professeur R. TOURAINE

Unités d'Enseignement et de Recherche de l'Université

MEDECINE : Grange-Blanche - Directeur : Professeur GERMAIN D.
Alexis-Carrel - Directeur : Professeur GIROD C.
Sud-Ouest - Directeur : Professeur TOLOT F.
Lyon-Nord - Directeur : Professeur BERTOYE A.

Biologie Humaine - Directeur : Professeur CZYBA J.C.

Techniques de Réadaptation - Directeur : Docteur MORGON A. (Maître de Conférences Agrégé)

Sciences Pharmaceutiques - Directeur : CARRAZ M. (Maître de Conférences Agrégé)

Sciences Odontologiques - Directeur : Docteur VINCENT R.

Institut Régional d'Education Physique et Sportive - Président du Conseil d'U.E.R. : Professeur GUILLET R.
Directeur : M. MILLON

Mathématiques - Directeur : Professeur MAURY G.

Physique - Directeur : Professeur DUFAY M.

Chimie et Biochimie - Directeur : Professeur GAUTHERON D.

Sciences de la Nature - Directeur : Professeur DAVID L.

Biodynamique et Psychopédagogie - Directeur : FONTANGES R. (Maître de Conférences)

Institut Universitaire de Technologie n° 1 - Directeur : Professeur POUYET

Institut Universitaire de Technologie n° 2 - Directeur : M. GALLET, Directeur ENSAM

Observatoire - Directeur : Professeur BIGAY J.H.

Physique nucléaire - Directeur : Professeur SARRAZIN A.

Mécanique - Directeur : Professeur MATHIEU J.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

U.E.R. MEDECINE GRANGE - BLANCHE

THESE de Monsieur BEETSCHEN

COMPOSITION DU JURY

MM.	Professeur P.F. GIRARD (Président)	U.E.R. Sud-Ouest
	Professeur J. GUYOTAT	U.E.R. Alexis-Carrel
	M.C.A. J. HOCHMANN	U.E.R. Lyon-Nord
	Docteur J. PELLET - f.f. de M.C.A.	U.E.R. Saint-Etienne
	Docteur M. SASSOLAS	

A MIREILLE

En signe de complicité.

A THOMAS

A MA MERE

A MON PERE

ce gage de ma reconnaissance et de mon attachement.

A MA SOEUR

A MES FRERES

A MA FAMILLE

A MES BEAUX PARENTS

A MES AMIS

A MES JUGES

AU PRESIDENT DE CETTE THESE

Monsieur le Professeur P. F. GIRARD

Un dernier semestre d'externe, dans son service, m'a fait admirer le grand clinicien qu'il est. Sa finesse de jugement, son humour parfois déconcertant, son érudition vaste et malicieuse campent un patron, dont le questionnement de la psychiatrie, libre et lucide, invite toujours à la réflexion.

Il a bien voulu présider ce jury.

Qu'il soit assuré de mes remerciements et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

Je lui dois le plus clair de ma formation. C'est dans son service, qu'externe d'abord, je m'initiai à la psychiatrie. Ses qualités d'enseignant et mon attachement envers lui m'y firent revenir comme interne.

Son sens clinique, ses recherches théoriques, ses connaissances approfondies des phénomènes relationnels en font pour moi un maître tonique dont l'imagination se double d'un contact chaleureux.

" Narcissique et pulsionnel " mon plaisir est grand de travailler désormais dans son équipe.

Je l'assure ici de ma reconnaissance pour sa confiance et de mon profond attachement.

Monsieur le Professeur Agrégé J. HOCHMANN

C'est lui qui m'invita à travailler dans le secteur. Je l'en remercie profondément aujourd'hui, comme de la confiance qu'il me fit ensuite.

Je ne sais s'il faut plus admirer en lui l'intelligence aiguë de l'universitaire ou les qualités de thérapeute. Son statut de Grand Mage du secteur, où s'affirme le goût du politique, prouve qu'il sait être à la fois psychiatre et organisateur inventif.

Qu'il soit assuré ici de ma reconnaissance et de mon amitié.

Monsieur le Docteur J. PELLET faisant fonction de M.C.A.

Son sens clinique et la vivacité de ses idées en font l'un des psychiatres les plus brillants que je connaisse. Je sais aussi, pour lui avoir succédé à Villeurbanne, la qualité de ses liens avec les malades.

Mes contacts avec lui, au travers d'une relation parfois déconcertante, furent toujours enrichissants, tant par ses connaissances que par son analyse critique des déterminations socio-politiques de la psychiatrie.

Qu'il soit assuré de mon attachement.

Monsieur le Docteur M. **SASSOLAS**

Il me fait l'amitié de juger ce travail, qui lui doit beaucoup. Il est en effet à l'origine du Cerisier. Ses qualités de thérapeute, son écoute du malade psychotique, sa volonté de vivre avec lui une relation sans masque, ses conceptions théoriques sur le discours du fou restent pour moi l'une des clefs de ma formation.

Mais c'est aussi à l'ami chaleureux, chez qui l'élégance et l'humour le disputent à la réserve, que j'exprime ma reconnaissance pour une collaboration toujours stimulante, dont j'espère une longue poursuite.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A TOUS CEUX A QUI JE SUIS REDEVABLE DE MA FORMATION PSYCHIATRIQUE

- Monsieur le Professeur COLIN
- Monsieur le Docteur KOHLER
- Monsieur le Professeur Agrégé VEDRINE
- Monsieur le Docteur GONIN
- Monsieur le Docteur DUBOR

Et, en particulier :

- Monsieur le Docteur J.M. BOTTA

  Sa richesse relationnelle et ses dons de thérapeute, son élégance dans le savoir, ont rendu stimulante une longue collaboration. Son amitié m'est précieuse.

- Madame BIZEL

  dont la gentillesse et le talent ont éclairé mon passage au pavillon N. Je l'assure ici de ma reconnaissance et de mon amitié.

- Monsieur le Docteur M. MARIE-CARDINE

  Nos relations, en cette vénérable "2e Hommes" furent toujours, malgré nos divergences, empreintes de confiance. Qu'il soit assuré ici de mon attachement.

- Madame M. AUDRAS

  Son intuition relationnelle et son charme augmentent le plaisir pris à une collaboration qui est, pour moi, toujours enrichissante. Mon amitié lui est acquise.

- Monsieur le Docteur RESNIK

  Son approche du malade psychotique et ses recherches théoriques m'ont appris autant que sa gentillesse et sa simplicité m'ont séduit. Qu'il soit assuré de ma reconnaissance.

- A l'Equipe du LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE MEDICALE

pour sa contribution stimulante à ma formation.
Je vais maintenant travailler avec elle et j'espère qu'elle saura rester à la fois ce lieu de réflexion et ce carrefour d'amitié et d'échanges, qui fondent mon plaisir à y entrer.

- A l'Equipe du secteur de VILLEURBANNE

J'ai grandi auprès d'elle et dure fut la séparation.
Je lui reste profondément attaché et reconnaissant.

- Aux infirmiers et malades de la 2e HOMMES

on n'oublie pas, tant s'exerce la fascination, une telle expérience.

- Aux enfants et à l'Equipe de l'I.M.P. " LE BOUQUET "

Ils m'ont appris l'exigente rencontre de l'enfant fou.
Qu'ils soient assurés de mon amitié.

- A l'Equipe du secteur de VAULX EN VELIN et SAINT JEAN

Nous avons commencé ensemble une collaboration que j'espère durable. Au-delà des difficultés du début, mon attachement lui est acquis.

- Aux malades du CERISIER

- A la " SOI-DISANTE EQUIPE SOIGNANTE "

Jacques DILL
Roland IATTONI-GAGNE
Monique CHOPARD
Claude FICHER
Nicole THIVISOL
Francis RONZON
Jean DEVAUX
Eva MICHEL
Claude MARITAN

Le plaisir à travailler ensemble, notre amitié et nos " engueulades " sont la trame d'une histoire partagée. Je l'assure ici de mon attachement.

SOMMAIRE

Pages

I - INTRODUCTION 1

2 - CHRONIQUE DU FOYER DU CERISIER 3

- LE GROUPE DU LUNDI 4
- LE CERISIER 10
  1 - Période de grossesse 10
  2 - La naissance 11
  3 - Les premiers mois 13
  4 - Destruction et Réparation 20
  5 - La violence paroxystique. Crise et fermeture du foyer 26
  6 - Le temps de la reconstruction - Revivre ensemble 31
  7 - Réouverture du Cerisier - Les nouveaux habitants 38
  8 - La propriétaire vend sa maison - Le suicide de Philippe 53
  9 - Le travail de deuil - La décision d'acheter le Cerisier 59
  10 - L'été au Cerisier - L'achat définitif du Foyer 66

3 - ESQUISSE THEORIQUE 70

- LE CERISIER COMME INSTITUTION 72
  1 - Références institutionnelles 72
  2 - Le Cerisier : éléments d'analyse institutionnelle 78
    - Instituant
    - Institué
    - Les analyseurs (la violence, le voisinage, l'argent)
    - L'équipe soignante
    - Les circuits du malade : Cerisier et dispensaire

- LE CERISIER POUR QUOI FAIRE ? 93
  1 - Discours sur la psychose et représentation de la folie à Villeurbanne 93
  2 - L'espace, la parole et l'agi chez le psychotique 97
  3 - Maîtrise et manipulation de la réalité 100
  4 - La dépendance, l'abandon et la haine 105

Pages

5 - Réparation et identification 109
6 - L'économie narcissique au Cerisier 111
7 - Relation de groupe et réseau spontané 115

- RESULTATS ET LIMITES DE L'EXPERIENCE 117

4 - CONCLUSION 122

BIBLIOGRAPHIE 124

" *Et ça continue . . . Ils me séquestrent dans mes cellules nerveuses.*

Chaque jour, ils en ouvrent une autre et attendent que je me précipite.

Mais ils ont beau hocher leurs petites têtes chercheuses, j'ai plus d'un tour dans mon sac d'idées.

Pa si fou ! . . . "

" *. . . Je sais comment ils m'ont catalogué, dromomane parce que j'aime me promener, érotomane parce que j'aime les femmes, pyrolatre parce que j'aime le soleil.*

Tout ça, c'est grande simplicité, mais où ça devient plus méchant, plus compliqué, c'est quand l'abbé chirurgien principal s'amène pour me questionner.

Je ne suis pas dans ses idées et il me traite de déicide, de Ravaillac de Dieu, de robot de Satan, est-ce que je sais !

J'ai des crises de manie-chéisme, de détriborium ciborium, sur son rapport, c'est marqué. "

" *Il parle de Christo - lobotomie.*

Tout pareil comme les cuistots à la grive, quand ils ouvrent les boites de singe, "eux" vous ouvrent la boite à songes.

Alors, je me tiens peinard, tranquille, calme et doux comme un cimetière sans croix. "

JACQUES PREVERT - "FATRAS"

Extrait de " SAINTE AME (Pavillon de Neuro - théologie) Journal d'un malade ".

INTRODUCTION

"Quand nous en serons au temps des cerises,
Et gai rossignol et merle moqueur
Seront tous en fête ..."

Ce poème de J.B. Clément, qui devint chanson d'amour et étendard de la Commune, n'évoque pas seulement par le nom l'expérience du foyer qui va nous intéresser. Si celui-ci s'appelle "Le Cerisier", comme l'arbre qui pousse en son jardin, il s'est forgé, aussi, dans cette quête d'un bonheur possible du "Temps des cerises".

J'essaierai donc de relater ici comment un lieu de soins s'est créé, en dehors du circuit psychiatrique traditionnel, comment il fonctionne et à quoi il peut servir dans le traitement des malades psychotiques. Que cette "communauté" constituée devint parfois "Commune" indique que s'y joua, non sans violence, la dialectique utopie/réalité, imaginaire/symbolique.

Deux parties constituent ce travail. La chronique du Cerisier, d'abord. Comme toutes les histoires racontées, reconstruites, celle-ci aussi sera une trahison et de nombreux soignants ou malades y verraient sans doute des oublis et des divergences. Mais je me suis, en règle, refusé à relater directement les réunions : derrière cette objectivité apparente se cache toujours, en effet, le choix ou le souvenir du rapporteur. Des fragments de dialogue tiendront lieu cependant, de clinique. Dans le manque donc que révèlera mon propos, si l'histoire imaginaire perdra de son reflet narcissique, l'expérience écrite permettra, j'espère, de susciter la discussion, la critique, l'échange.

L'esquisse théorique s'attachera quant à elle à préciser, au-delà des représentations que nous avons de la folie, quelles attitudes et quelles émotions sont en jeu dans le traitement du psychotique, et comment elles fondent ce type de soin institutionnel.

Ce travail ne peut se concevoir sans l'apport de toute l'équipe et des malades du Cerisier. Il est le fruit de nos rencontres communes,

comme de celles qui animent le cadre du travail de secteur à Villeurbanne. Il doit beaucoup donc aux réflexions et discussions suscitées par la "Psychiatrie dans la Communauté". Je suis heureux que cette thèse soit ainsi le signe d'un travail d'une équipe à laquelle je reste très attaché.

Car le "Temps des Cerises" c'est aussi l'histoire d'un plaisir à travailler ensemble, stimulé par les divergences et la rivalité. L'histoire d'une amitié partagée et durable, que l'humour pimente :

...."Quand nous en serons au Temps des Cerises,
Sifflera bien mieux le merle moqueur."

CHRONIQUE DU FOYER

DU CERISIER

LE GROUPE DU LUNDI

Le Foyer du Cerisier est né d'un groupe réunissant chaque lundi soir, depuis plusieurs années, les malades et les soignants au dispensaire de Villeurbanne (dispensaire officiel d'un secteur psychiatrique). Ce "groupe du lundi" tire lui même son origine d'une consultation hebdomadaire, ouverte dès le début des soins extrahospitaliers, et s'adressant à ces malades appelés d'ordinaire "psychotiques".

Ma participation au "groupe du lundi" remonte à avril 71 : comme interne, je désire alors connaître et expérimenter les pratiques de ce que l'on nomme, avec un ton d'initié et le mystère entourant les nouvelles découvertes, le "Secteur" ou plus précisément à Villeurbanne, puisqu'un livre alors récemment sorti en fait foi, la "Psychiatrie Communautaire".

Le Foyer du Cerisier nait en Juin 1971. Nous en suivrons l'histoire jusqu'en septembre 1973. La scansion, ici réalisée de cette histoire, est le fait d'une reconstruction personnelle, d'une ré-écriture : l'écriture première des mots et des faits, au jour le jour, (le tissage du réel) ignorait bien sûr ce découpage secondaire.

Mais remontons aux origines...

- Histoire et fonctionnement du groupe.

Il était une fois une consultation, faite chaque lundi soir au dispensaire de Villeurbanne, de 18 à 21 heures... Un psychiatre (Dr SASSOLAS) y recevait régulièrement ces malades dont la vie, la pensée présentent quelque part un trou, un manque et qui venaient chercher un traitement à renouveler, une aide, en tout cas un lieu d'écoute où leur plainte puisse se dire. Malades à l'histoire diverse, certains étaient allés à l'hôpital psychiatrique, d'autres non ; certains ne trouvaient plus à travailler depuis longtemps, d'autres gardaient une insertion professionnelle précaire. Tous cherchaient les moyens d'échapper à une solitude mortifère.

Consultation banale : le médecin recevait dans son bureau, les malades patientaient en salle d'attente ; une secrétaire, une assistante sociale, une infirmière passaient selon les cas du bureau à la salle d'attente et inversement.

Mais dans sa répétition, cette consultation créa bientôt pour les malades qui y venaient, une sorte d'attente partagée. On se retrouvait régulièrement le lundi soir, on se parlait de la semaine, des difficultés, on revenait poursuivre avec quelqu'un l'échange commencé la semaine précédente. Certains se décidèrent à venir le lundi soir sans pour autant rencontrer le médecin.

C'est cette attente partagée qui créa, avec la reconnaissance que lui donnèrent alors les soignants, le "groupe du lundi". Ce "dont-acte" fut fondateur : il institua un décentrage du cadre espace-temps de la consultation. Désormais, le groupe était dans sa parole multiple, le lieu et le temps d'un travail commun reconnu comme traitement, même si par ailleurs l'entretien individuel restait utilisé. (L'évolution montrera qu'il le fut de moins en moins : les malades désirant revoir seuls le médecin prirent des rendez-vous un autre jour que le lundi soir.)

Ainsi pointé dans son origine, le groupe du lundi paraît s'apparenter avec ce que furent, ailleurs, les "Clubs" : il s'en sépare cependant dans le maintien de sa vocation "thérapeutique" et, par là dans la marque répétée d'une différence (soignants-soignés). Que celle-ci soit constamment soumise, dans le groupe et plus tard au "Cerisier", à des tentatives de négation n'est pas pour étonner. D'ailleurs, dans ce travail d'annulation, les soignants rejoindront parfois les soignés (le "on est tous pareils" témoignant d'une fuite imaginaire devant une réalité alors inextricable). Mais à l'inverse, le rappel compulsif par les soignés, de cette différence fonctionnera aussi comme déplacement d'un conflit entre soignés eux-mêmes et comme garant de non abandon, au moment juste où une autonomie pourrait s'instituer.

L'histoire du groupe du lundi s'étale environ sur 4 ans, avant que naisse le Foyer. N'ayant pas vécu toute cette période, je ne puis ici qu'en donner la tradition orale, et citer les Saintes Ecritures (travaux de J.P. PETIT et M. SASSOLAS). Toutefois, le souvenir me revient de mon impression,. en avril 71, lorsque j'entrai dans le groupe : une atmosphère chaleureuse, et non dépourvue d'humour, mais aussi une mobilité déroutante, tant des échanges verbaux (thèmes successifs abordés, abandonnés, repris) que des attitudes (arrivées et départs tout au long du groupe). Cette mobilité était d'ailleurs, je le sus plus tard, une sorte d'aboutissement : les pionniers se souvenaient de cette période sombre du début, à laquelle la fixité des attitudes, l'angoisse de bouger, de parler, de vivre, la répétition monotone d'un temps figé et le doute sur l'expérience entreprise avaient donné le nom de "Sous marin". Mais cette chaleur, sensible dès l'arrivée et qui témoignait de l'histoire partagée, était aussi signe d'un

espace clos, préservé du dehors : ainsi le "nouveau" que j'étais fit dûment acte de candidature (auprès des soignants et des soignés) et il fallut quelque temps avant que de témoin je ne sois accepté comme participant.

Au-delà de l'impression, à quels indices reconnaître le fonctionnement de ce groupe ? Les différents thèmes abordés (la maladie, les hospitalisations, la femme, le problème du travail), la succession des leaders et la rivalité violente qu'elle suscita, indices classiques, seront ici délaissés pour pointer un signe plus spécifique : une certaine dialectique entre la parole et l'acte, telle que la note G. PETIT :

> "Sans que la consigne en soit expressément donnée, les échanges, au sein du groupe, s'ordonnent à la parole, certes facilitée par la chaleur souhaitée de l'ambiance, tant pour les "malades" - l'initiative du propos, d'ailleurs, de par la gravité diverse des troubles, inégalement partagée, leur est laissée - que pour les "soignants", en ce sens qu'elle définit leur activité dominante.
> Sans doute, la parole ne s'articule-t-elle point, d'emblée, en communication (trait qui, pour être accusé dans le cadre qui nous retient, ne lui est pas, pour autant, spécifique) mais que le pôle expressif y domine parfois, que s'y jette un appel sourd à tout autre que lui-même, que s'y module une plainte insistante, voire même que les mots se souviennent du temps heureux où leur qualité physique peuplait seule, livrée aux jeux du plaisir, l'espace primordial, toujours, l'"équipe" y guette, tant fascine un silence insondable, l'espoir balbutiant d'un "mieux". Par ailleurs, si l'échange verbal ne relève pas d'une consigne, l'acte, au sens technique du "passage à l'acte" ne fait pas, quant à lui, l'objet d'une prohibition explicite - ce qui ne signifie point que l'attente ou les craintes des "soignants" ne puissent induire des règles implicites, qui ne s'érigent, cependant, jamais en principes inviolables. Quoi qu'il en soit, l'agi scande, possible ou effectif, l'histoire du groupe, sous des formes violentes, sans doute, (si les limites de notre expérience nous permettent pas d'en signaler, d'autres, par contre, en gardent mémoire), mais aussi plus secrètes qui, de se pouvoir toujours confondre avec la liberté laissée au malade de doser sa présence, restent toujours hypothétiques. Que des difficultés d'ordre technique en découlent, rien là de surprenant. Seulement y transparaît un choix thérapeutique qui entend rendre au malade une "maîtrise active de la réalité".

Ainsi la réunion du lundi soir se laissait-elle reconnaître un certain fonctionnement type : liberté des allées et venues, des départs, conversations dispersées au début et se regroupant ensuite autour d'un ou deux thèmes (structuration du groupe concomittente, en général à l'entrée du médecin), traitements demandés quand nécessaire, et "effritement progressif des effectifs et de la discussion jusqu'à l'expiration de la durée fixée" (PETIT). Dans ce groupe et du côté des soignés, une absence : les femmes.

Quant à l'équipe soignante, elle se spécifiait d'abord par sa diversité : médecins/non médecins, "psy"/non "psy", hommes/femmes. Chacun des membres semblait ainsi investi d'un rôle différent et les réponses, en effet, résonnaient à des niveaux divers, d'où les nombreuses tentatives de clivage opérées par les soignés à l'encontre des soignants. Je reviendrai plus précisément sur cet aspect à propos du Cerisier puisque les mêmes clivages y seront à l'oeuvre. Mais l'équipe soignante, dès le début, avait éprouvé le besoin de se retrouver, le mardi à midi, autour d'un repas partagé : là, tout à la fois se reconstituait l'unité menacée la veille et s'élaborait la compréhension des attitudes respectives. Ce repas du mardi restera, une fois le Cerisier en route, lieu de ré-union (parfois dans l'affrontement) et de recherche.

Sans doute aurait-il été excessif de parler, au début du groupe du lundi, d'un "projet thérapeutique" précis. Il fallait simplement trouver les conditions de vivre avec le malade psychotique une relation thérapeutique à la fois proche et suffisamment manipulable par lui pour que l'angoisse de proximité ne se résolve pas dans la fuite. L'histoire du groupe est ainsi la construction entre soignants et soignés, durant plusieurs années, d'un temps et d'un lieu où puisse se vivre cette relation. Et en 1971, M. SASSOLAS peut élaborer ce qui est devenu un projet thérapeutique autour de trois vecteurs essentiels (in "Le traitement des psychotiques dans le cadre d'une expérience de psychiatrie communautaire" que je citerai largement ci-dessous) :

> " - l'initiative du traitement est laissée au malade.
> Au niveau de sa présence d'abord - nous ne lui proposons pas de rendez-vous précis. Nous disons : "chaque lundi nous sommes là de 18 à 21 heures. Vous pouvez nous y rencontrer." ... En laissant ainsi manipuler (au malade) à son gré sa présence, la fréquence de sa participation, la durée même de celle-ci au cours de la séance, c'est sa proximité avec nous que nous lui donnons la possibilité de doser.
> Au niveau du contenu du traitement, ensuite, nous lui proposons non pas la maîtrise d'activités annexes au traitement, mais la maîtrise du traitement lui-même... C'est ainsi que c'est le malade qui décide s'il verra le médecin seul dans la pièce voisine, s'il prendra ou ne prendra pas de médicaments, lesquels et à quelle dose...
> Les moments aigus de décompensation délirante constituent dans cette perspective le moment de vérité de cette nouvelle relation médecin-malade...
>
> - Il s'agit d'un traitement de groupe... Cette relation d'aide réciproque, aussi bien au niveau du vécu affectif du groupe qu'au niveau pragmatique de la réalité extérieure (visites, sorties, échanges d'invitation, emplois, etc...) a une dimension thérapeutique capitale. Elle permet au malade de vivre une relation de dépendance réciproque narcissiquement réparatrice (on reçoit passivement mais en mê-

me temps on donne activement) alors que la relation de dépendance vis-à-vis du thérapeute, qui n'est pas réciproque, s'accompagne toujours d'un vécu de dévalorisation et d'hémorragie narcissique...

- la participation au groupe d'une équipe polyvalente...
Notre refus de nous situer dans cette relation d'assistance et de dépendance que cherche à susciter le malade, et notre réticence à fuir dans l'activisme médicamenteux ou interprétatif l'angoisse suscitée par notre proximité avec lui nécessitent pour être acceptables, et par le malade et par nous, une possibilité de réponses diversifiées à sa demande et à son angoisse..."

En définitive, maîtrise du traitement, aide réciproque et équipe polyvalente renvoient à ce désir des soignants que concrétise le groupe du lundi : faire que la relation avec le malade psychotique soit narcissiquement acceptable par lui (d'où la restitution de ses actes fous, de son délire, de sa vie), préalable indispensable à la tentative secondaire de reconnaissance, au travers d'une expérience commune vécue, des projections fantasmatiques (fantasmes de destruction, de possession fusionnelle ou d'abandon).

Bien sûr, ce projet thérapeutique ici esquissé pour le groupe du lundi se retrouvera inscrit quelquepeu modifié cependant, dans le fonctionnement du Foyer du Cerisier et il aura donc plus loin tout loisir d'être réanalysé.

- L'amorce d'un "ailleurs"

Mais pendant que s'écrit une théorie qui semble figer le groupe en une image d'outil thérapeutique idéal, affleurent le lundi soir et depuis quelque temps d'autres signes, d'autres demandes qui ouvrent à un "ailleurs" en même temps qu'ils prolongent la réflexion amorcée.

C'est en effet à un "vivre ensemble une réalité autre que des mots" que tend peu à peu le groupe. De ce mouvement, les indices sont maintenant repérables : de l'habitation progressive, par le geste et le mouvement, de l'espace de la salle, à l'échange, entre deux malades, d'un "filon" pour un travail, jusqu'au partage, le lundi soir, de quelques boissons achetées grâce à une caisse commune chaque semaine reconstituée.

Ce "on trinque collectif" incita d'ailleurs quelques audacieux à apporter eux-mêmes des douceurs : gros caramels qui se collaient dans la bouche, gênant l'élocution, ou déjà, cerises nouvellement cueillies !

Plus signifiant encore, un agir commun vint parfois mobiliser tout le groupe : soirée dansante (chant et guitare) au dispensaire, séances de cinéma (projections des films d'un participant), essai de mise en scène

d'une pièce de théâtre (Don Juan . . .) écrite par l'un des malades.

Parallèlement, un "ailleurs" se construisait, dans l'imaginaire et bientôt dans le réel : déjà, en Mai 1968, la fermeture du dispensaire avait conduit le groupe du lundi au bistrot du coin ; plus tard, en été 70, un camp avait été organisé près de Lyon par un infirmier de l'hôpital psychiatrique et quelques malades du groupe ; et plus récemment surtout, une sortie collective hors de Lyon (réponse à une invitation lancée par un malade de venir passer le dimanche chez lui) avait laissé dans les mémoires un souvenir vivace : la parole s'enracinait dans un "faire ensemble".

Sans doute, ces agis ont-ils tenu lieu, dans le groupe, d'une parole impossible ou manquante. M. LEBOVICI avait souligné, quand l'expérience du lundi lui fut rapportée (à la première "journée annuelle du secteur"), que la démarche adoptée pouvait inciter aux passages à l'acte. Mais qu'est-ce que parler pour le psychotique, quand le langage ne s'est jamais, ou pas encore, détaché des choses et de l'imaginaire ? quand le langage n'est pas ce par quoi on se dit mais ce dans quoi on se perd ?

Ce "manipuler ensemble une réalité concrète" et cet "ailleurs recherché" ne se comprennent plus, dès lors, comme simple absence de parole mais comme désir d'un re-modelage de soi et du monde, d'une reconstruction, d'une ré-paration.

Ce "faire ensemble" survenait aussi en résonnance au désir des soignants. D'abord la diversification d'une équipe peu médicalisée idéologiquement et dont les membres avaient des formations hétérogènes (psychothérapeutes, assistantes sociales, infirmières, etc. . .) faisait que la parole et l'interprétation n'y étaient pas également partagées et n'apparaissaient pas comme référent unique : dans la nouvelle approche recherchée et théorisée des psychotiques, la présence des "non psy". . . et l'investissement différencié fait sur eux par les malades eurent sans doute un effet déterminant. D'autre part, l'équipe soignante après plusieurs années de travail isolé, avait éprouvé le besoin d'ailler "ailleurs" comparer et comprendre ce qu'elle faisait : or, ches P.C. RACAMIER (à Besançon) ou aux Peupliers (dans le XIIIe), deux institutions pour psychotiques, il sembla, du dehors, que le sens des attitudes en jeu émergeait et pouvait se dire dans le relevé des faits concrets quotidiens, dans la manipulation de l'espace et des choses. Enfin, créer un "ailleurs" où le groupe du lundi s'institutionnalisât renvoyait aussi au désir des soignants de s'autonomiser, après avoir grandi, de la "maison mère" (le dispensaire de Villeurbanne).

Je clos ici l'histoire du groupe du lundi, au moment où pointe, chez soignants et soignés, le désir d'avoir un lieu à construire, où se reconstruire. Que ce désir n'apparaisse pas comme simple mise en acte d'un projet thérapeutique préalable mais comme aboutissement d'une expérience commune et partagée pendant quatre ans, voilà qui donne sa dimension spécifique à ce qui va surgir : le Foyer du Cerisier.

LE CERISIER

I - PERIODE DE GROSSESSE.

Le projet d'un Foyer va peu à peu être porté par le groupe du lundi. Fin 1970, des exigences concrètes cristallisent soudain les ébauches précédentes. En effet, deux participants du groupe sont brusquement sans logement : chacun doit quitter, pour limite d'âge, le foyer où il résidait jusqu'alors. Cette situation est évoquée le lundi soir et le groupe décide de prendre en charge la recherche de logement, posant par là la nécessité d'un lieu de dépannage pour les moments de crise. On lit fébrilement les petites annonces, on court les agences de location mais les propriétaires se montrent peu enclins à louer dans ces conditions et c'est l'échec.

Cet échec répété, et sa résonnance le lundi soir, suscite alors un projet plus ambitieux : un "foyer" et non plus un ou deux chambres, d'autant que le problème concret de logement soulevé auparavant s'est dénoué autrement. Foyer imaginaire d'abord, et à ce titre : "manière d'espace de projections, parfois contradictoires . Si les "soignants" rêvent d'un lieu ouvert de rencontres, propre à atténuer un peu l'isolement affectif et social, les soignés imaginent plutôt un espace défendu contre les intrusions" (PETIT). Lieu désiré et redouté si bien qu'à sa recherche participeront très peu les soignés : ce sont les soignants qui courreront à nouveau les agences. Plusieurs adresses sont examinées, puis abandonnées : un entrepôt debout dans une usine en ruines, une ferme à 15 km de Lyon ("ce serait recréer l'hôpital psychiatrique") et même une église désaffectée où, dans un dérapage imaginaire, le groupe rêvera à une "messe du lundi", ne manquant ni de prédicateur, ni de fidèles, ni d'enfants de choeur !

Mais un projet apparaît soudain plus solide : dans le quartier du Tonkin (quartier de Villeurbanne promis à la démolition, dans le cadre d'un plan de reconstruction) est offerte la possibilité d'occuper pendant plusieurs années un local. Bien sûr, ce ne peut être un projet à long terme mais la jouissance est quasi-gratuite ! On échafaude des plans ... et l'affaire échoue finalement devant le refus donné par la municipalité.

Dans ces tentatives avortées, le "Foyer" existe déjà et suscite, le lundi soir, des réactions violentes et diverses : enthousiasme suivi, huit jours plus tard, d'un pessimisme définitif. Plus précisément d'ailleurs, à mesure que le Foyer quitte l'imaginaire pour s'incarner en réalité, ce pessimisme auquel se joint l'ironie de quelques-uns ("ça ne marchera jamais votre truc") se désigne comme une résistance que les soignants (seuls alors à entreprendre les recherches) tentent de démasquer : il s'agit bien là, chez les malades, d'une prévention d'un échec possible et surtout d'une manifestation de dépréciation de soi-même qui sert, elle, de défense contre l'abandon. (Faire quelque chose, donc s'autonomiser étant vécu comme le risque d'être aussitôt abandonné). Ce pessimisme affiché évite par ailleurs qu'un soigné entreprenne lui-même trop directement une action qui le soumettrait à la rivalité et à la haine des autres.

Mais, chez les soignants, tous n'ont pas non plus le même enthousiasme. Les réactions du groupe font douter de l'entreprise commencée. Il serait, par certains côtés, plus confortable que ce Foyer reste dans le fantasme, reste imaginaire : d'ailleurs, les "psy" s'en accomodent du fantasme . . . ! Aussi faudra-t-il l'obstination des "non psy. . ." (infirmières et assistance sociale) qui ont décidé de consacrer une demi-journée par semaine à la recherche de ce lieu, pour que naisse enfin le Foyer du Cerisier.

II - LA NAISSANCE.

"Un ange leur apparut et leur dit : . . . Allez 53, rue des Charmettes." Les anges n'ont pas de nom, et celui-ci fut oublié.

Au 53, rue des Charmettes en effet, une vieille dame démé-nageait d'un petit appartement en rez-de-chaussée, ancienne boutique de chaussures qui donnait à l'arrière sur un jardin où, dans un petit atelier, se faisaient autrefois les travaux de cordonnerie. Le jardin, qui jouxtait la terrasse d'un café voisin, était à l'abandon : mais, dans le fond, émergeait des broussailles et d'un amas de ferrailles un vénérable cerisier.

La locataire sursauta un peu quand elle apprit qui voulait la remplacer. "Qu'est-ce que vous allez mettre là-dedans ?" Ses réticences se fortifièrent de la somme qu'elle demandait pour la reprise obligatoire de l'ancien bail commercial : 1,5 million ancien. Pendant deux mois, cette brave dame fut l'objet des soins les plus attentifs : hospitalisée en clinique elle reçut nos visites attentionnées! Finalement, l'accord se fit chez elle autour d'un gateau d'anniversaire partagé. La reprise se monterait à 1 million ancien. Le régisseur était d'accord pour notre installation rue des Charmettes (la propriétaire de l'immeuble par contre, ne fut pas mise au courant : on verra plus loin quelles conséquences s'en suivirent !) et le loyer fut fixé à 650 F. par trimestre.

Le lundi soir, le groupe suivait la progression des démarches mais la plupart des participants, échaudés par l'échec du projet précédent, se montraient sceptiques et feignaient de se désintéresser, devant les soignants, de ce nouveau lieu. On sut plus tard que plusieurs malades étaient allés, seuls ou en groupe, reconnaître l'endroit !

Il fallait maintenant trouver un million et c'était ça la réalité à affronter ensemble. Au début, dans le même mouvement qui faisait attribuer aux soignants exclusivement l'affaire de ce foyer, la recherche de l'argent fut confiée à ceux-ci. Ce refus des soignés de s'engager eux-mêmes entendait signifier, également, une opposition maintes fois soulignée dans le groupe : celle de l'appartenance à des classes sociales différentes. "L'argent, le pouvoir, c'est toujours du côté des médecins, alors qu'ils se débrouillent, seuls..."

Au début, les soignants jouèrent ce jeu, pressés qu'ils étaient que le projet aboutisse et ne sachant guère comment, à ce moment, faire la part de la réalité sociale reprochée et des projections du groupe.

Stratégie classique de la recherche d'argent : demande de subvention au conseil général (refusée), tour des laboratoires pharmaceutiques (résultat dérisoire), visites de personnalités et d'associations...

Temps dénommé des "Soeurs quêteuses" qui valut quelques anecdotes piquantes : ainsi un "Bien sûr, bien sûr, c'est intéressant votre "association sentimentale"..." (les pères fondateurs de la psychiatrie communautaire en ont un peu frémi). Toutes ces tentatives se soldèrent par des échecs, reçus au début, le lundi soir, par l'ironie : "Alors votre truc, ça marche ?". Sans doute les soignés voyaient-ils, aussi, dans la répétition stérile d'une démarche le double de leurs propres recherches infructueuses de travail.

Que faire dès lors ? Nos échecs avaient découragé une partie de l'équipe soignante et on avait évoqué l'abandon du projet. Mais là encore, ce fut dans l'équipe les "non-psy..." qui obligèrent à reconsidérer la méthode jusqu'ici utilisée, en reposant le problème du foyer au sein du groupe lui-même. Puisque les recherches traditionnelles, confiées surtout aux médecins, n'avaient rien donné, le groupe était acculé, lui, s'il voulait que le projet vive, à passer de la délégation des responsabilités à leur partage. A partir de là, des malades participèrent aux démarches : demande de subvention à la Sécurité Sociale (subvention de fonctionnement car il n'était pas question que s'établisse une manière de prix de journée qui aurait entraîné la nécessité d'un contrôle), visite commune à un donateur bénévole, intéressé par le projet et justement par la demande associée des soignants et soignés. Le problème du million fut résolu par un découvert obtenu pour un an, auprès d'une banque après que le médecin et deux malades du groupe se furent entretenus avec le directeur.

Ainsi le rêve était-il devenu réalité à partir du moment où les soignés eux-mêmes avaient éprouvé que ce foyer, projet imaginaire, pouvait aussi être un concret leur appartenant au même titre que les soignants. Ce mouvement supposait le deuil, justement, d'un foyer imaginaire pour un lieu réel. Le Cerisier naissait comme un enfant réel, et non plus narcissique : cet enfantement fera que ceux qui n'y participèrent pas éprouveront par la suite bien des difficultés à rentrer dans la famille.

En juin 71 donc, le Cerisier ouvre. Par une sorte d'absence : personne n'y habite tout de suite mais l'un des malades du groupe qui part travailler en Corse pour les vacances, abandonne sa chambre en ville et vient entreposer au Foyer "son vélo et son frigo", ses seuls biens. Occupation symbolique indiquant, en creux, l'angoisse, devant les autres, de prendre une place.

III - LES PREMIERS MOIS - JUIN 71 - NOEL 71.

Le "Cerisier"... On ne sait plus qui donna ce nom. Sans doute l'arbre du jardin, en fleurs aux premières tractations et lourd de fruits à notre arrivée, était-il signe et promesse, en ce lieu, d'un avenir différent, d'un espoir, d'un "Temps des Cerises"...

- 53, rue des Charmettes.

Car le foyer lui-même n'était pas somptueux. Il partageait, avec un petit café, le rez-de-chaussée d'une maison noircie de deux étages, occupée par de vieux locataires. Ceux-ci et la tenancière du bar, ne s'attendaient guère à pareille arrivée ! La rue des Charmettes traversait quant à elle un quartier modeste de Villeurbanne, où retraités, petits commerçants et travailleurs immigrés forment le plus clair d'une population, dont le sort reste incertain face aux projets de démolition et reconstruction urbaine.

Avec son jardin et l'atelier, trois chambres, une cuisine et une cave, le foyer se représentait plus comme vraie maison que comme simple appartement. Mais le tout était dans un grand état de vétusté, sans chauffage ni douche. Il fallait vite se mettre au travail afin d'aménager un espace habitable et c'était bien à reconstruire ensemble une maison que le groupe s'attacha.

Les débuts furent difficiles. Les compétences pourtant étaient multiples mais chacun hésitait à réaliser quelque chose. Au dernier moment, les rendez-vous au foyer étaient annulés. Mais il s'établit bientôt, pendant les premiers mois, un chantier permanent (qui est demeuré jusqu'à aujourd'hui : comme s'il fallait que la reconstruction ne finisse jamais).

M..., malade très effacé au groupe du lundi, vivant dans une angoisse destructrice le moindre rapprochement, cloitré chez lui la plupart du temps, se chargea de l'installation électrique, qu'il vint installer seul et presque furtivement. V..., menuisier, que de fréquentes bouffées délirantes maniaques faisaient hospitaliser, se chargea d'isoler, par un couloir, deux des chambres qui communiquaient entre elles (ainsi chaque occupant aurait son espace à lui, donnant sur la cuisine commune). Sch..., nouvellement arrivé au groupe du lundi, et qui s'était rapidement imposé comme leader, dont l'éthylisme et la rage projective masquaient une solitude et une dépression que n'avait pu guérir une psychanalyse interrompue, voulut refaire seul une chambre (tapisserie et plafond).

Outre les travaux matériels restait à prendre en charge la gestion du foyer. Les soignants avaient dès le début indiqué qu'ils ne tiendraient pas seuls ce rôle, bien que cela leur fut fortement demandé par les soignés. Il fallait s'occuper des loyers à percevoir et à payer, de l'argent à trouver pour éponger le découvert, des dépenses occasionnées par les travaux. Après de longues discussions, B..., ancien du groupe du lundi, malade psychotique longtemps hospitalisé au Vinatier, et dont toutes les tentatives de travail se soldaient par des échecs, usant dans ses rapports à autrui d'une ironie mordante qui décourageait toute approche et le laissait définitivement seul, prit le poste de trésorier, partageant avec SASSOLAS la signature du compte bancaire.

Ainsi, dès le début, la réparation et la gestion du foyer ne furent pas confiés à des spécialistes mais pris en charge par les participants du groupe, les utilisateurs.

Immédiatement se firent jour, dans cette réalité manipulée ensemble, les inhibitions et problèmes de chacun. Un travail d'équipe, par exemple, fut impossible : chacun cherchait avant tout à inscrire sa marque dans ce lieu, à le posséder en totalité.

Aussi se joua-t-il très vite une rivalité violente, agie dans les rendez-vous manqués, les retards de travaux, les oublis d'instruments, les portes fermées, etc... Que le travail psychothérapique, le lundi soir, ait pris en compte ces agis pour leur reconnaître un sens me semble être l'originalité du projet thérapeutique en oeuvre au Cerisier.

- Premiers habitants

Dès juillet 71, les premiers occupants étaient là. D'abord F..., parti en Corse et qui avait laissé au foyer bicyclette et réfrigérateur. Son travail n'avait pas marché ; il revint à Lyon et s'installa au Cerisier, prenant la plus grande chambre. F..., 45 ans, est un malade psychotique, hospitalisé plusieurs fois en milieu psychiatrique pour épi-

sodes délirants paranoïdes, très désocialisé (ne parvient pas à trouver du travail, d'autant qu'il a de grosses difficultés à lire et écrire), dépourvu de tout lien relationnel dans la vie quotidienne et qui fréquentait le groupe du lundi depuis plusieurs années. Il en était l'un des leaders, par sa violence verbale et agie (un acting très violent de sa part, au dispensaire, restait dans toutes les mémoires), violence en écho à une dépression profonde, et à une avidité sans fonds. Cet emménagement de F... au foyer avait quelques particularités : il n'avait pas été très discuté au groupe du lundi, aucun contrat précis n'avait été proposé (sauf pour le loyer à payer). C'est F... qui, abandonnant son ancien logement, avait montré qu'il faisait sien ce lieu. Peu après son entrée arrivait à son tour AL..., malade de 22 ans, sortant du Vinatier et qui, lui, n'était jamais allé au groupe du lundi. Psychotique, mais fonctionnant surtout sur un mode psychopathique, son histoire personnelle était faite d'abandons successifs ; dès que pointait l'angoisse dépressive, elle était agie en tentatives de suicide (parfois très graves) ou en ivresses et bagarres. La venue au foyer d'un tel malade (venue imposée par Al... sans que là non plus n'ait été discuté son sens), prenait pour les participants du lundi valeur de symbole : le Cerisier permettait ainsi, en effet, d'échapper à l'hôpital psychiatrique, alors considéré comme mauvais.

Très vite, la cohabitation de F... et Al... fut conflictuelle : rivalité autour de la meilleure chambre, de la nourriture à partager, des tâches matérielles à effectuer, désir de chacun de tout posséder, "d'être l'Habitant". En outre, la relation très homosexuelle induite par Al... contribuera à faire croître, par l'angoisse suscitée chez F..., l'agressivité. Dès août 71 apparaitront des tensions violentes, avec menaces de bagarres et de mort.

Mais le groupe, et surtout les soignants, croient, en ce moment encore, à la possibilité que la parole a, le lundi soir, en reprenant les évènements de la semaine et en leur donnant sens (interprétations des rivalités, des désirs d'exclusion, etc...) de limiter les passages à l'acte et les agressions. On verra que cette profession de foi sera démentie...

- Le groupe du lundi s'installe au Cerisier

La réunion du lundi soir ne se transporta pas d'emblée au foyer : il fallut les vacances d'été et la fermeture, à vingt heures, du dispensaire, pour que le groupe vint rue des Charmettes. Et encore se tint-il, pendant deux semaines, à la terrasse du café voisin.

Cette hésitation signifiait, en une manière de "Traumatisme de la naissance", une double angoisse : se séparer définitivement (avec la certitude de non retour car "ce ne serait plus comme avant") du dispensaire originel, protecteur, maternel, et affronter, après le deuil du foyer imaginaire, une réalité sans doute frustrante ou dangereuse. De cette an-

goisse, un détail concret garde valeur de signe : les clefs du foyer et leur manipulation. Il y avait à l'origine deux clefs ouvrant le foyer. Le groupe décida d'en donner une à F..., premier habitant et de laisser la seconde au dispensaire ! C'est là que soignants et autres membres du groupe pourraient la prendre, pour aller au Cerisier. Quand Al... arriva, F... ne voulut pas lui prêter sa clef afin d'en faire réaliser un double : ce fut la clef du dispensaire qui servit à cet usage. Quelques malades, surtout ceux qui travaillaient à la réparation du foyer, voulurent à leur tour avoir une clef personnelle : mais curieusement, la clef d'origine, nécessaire à la fabrication des doubles, disparaissait pendant plusieurs semaines, pour être brusquement retrouvée et aussitôt perdue.

Le travail thérapeutique fut alors, le lundi soir et pendant plusieurs semaines, d'interroger, face à la possession des clefs, les attitudes des malades et les "contre-attitudes" suscitées chez les soignants : "au travers de ces clefs qu'on oublie, qu'on perd, que veut-on dire et comment le reçoit-on ?" Ainsi se manifestèrent l'inquiétude que le foyer ne vienne à s'autonomiser complètement (la clef au dispensaire était en quelque sorte garant d'un contrôle gardé par les soignants ; ceux-ci en retour, parvenant mal à préciser leur mode d'intervention à l'égard du foyer, augmentaient sans doute l'angoisse d'abandon chez les malades) et les difficultés à ce que ce lieu soit partagé (entre eux, entre eux et nous, entre les habitants et les autres).

Et en effet, quand la réunion du lundi se tint au foyer (dans la cuisine souvent et parfois dans une chambre) sa présence signifia bien appropriation d'un espace, effraction du territoire des habitants. D'autant que l'accent était mis sur le faire, sur les travaux réalisés : au début du groupe, on faisait le "tour du propriétaire" pour juger de l'avancement de telle chambre, de l'installation de tel appareil ; Sch..., qui avait entrepris la réfection complète d'une chambre, laissait en place un chantier impressionnant qui affirmait éloquemment son droit sur ces lieux qu'il n'habitait pas. Les deux habitants n'avaient, eux, guère loisir de s'opposer à la venue au foyer du groupe du lundi : les malades auraient entendu dans un refus éventuel une exclusion intolérable. La colère des habitants que les soignants ne surent pas percevoir assez vite, se manifesta donc par des passages à l'acte : foyer fermé le lundi soir, pas de chauffage, emportements démesurés de F... ou pose ostensible d'un verrou à sa chambre... C'est la compréhension ultérieure de cette agressivité qui fera tenir la réunion du lundi dans l'atelier du jardin.

Par sa venue au foyer, et centré qu'il est, au début, sur le "faire", le groupe du lundi s'est sensiblement modifié : il n'est plus, d'abord, cette histoire chaque semaine réinventée, comme au dispensaire. Une trame de réalité le soutient, dont la parole peine à s'échapper. Le principe de la maîtrise, par le malade, de son traitement et de sa présence au groupe demeure mais assez virtuel : les habitants du foyer sont en effet plus ou moins obligés d'être là, comme si le groupe attend à ce qu'ils

"rendent compte". D'autre part, certains anciens du lundi soir, au dispensaire, alors participants actifs au groupe, qui n'ont pas pu ou pas voulu adhérer à la construction du foyer, ne reviennent plus : dépit de voir réaliser quelque chose en dehors d'eux, et colère qui ne peut se dire, d'autant qu'ils voient dans l'intérêt que portent les soignants au foyer en train de se faire, le signe de leur propre abandon. Par contre, de nouveaux malades viennent au foyer le lundi soir, et dans la semaine : N..., Do..., et Be..., tous trois jeunes psychotiques schizophrènes, très autistiques : N... et Do... ont déjà été hospitalisés à plusieurs reprises à l'hôpital psychiatrique, soit pour bouffées délirantes aigues, soit pour épisodes dépressifs majeurs (avec tentative de suicide). Do... et Be... sont suivis, au dispensaire, en psychothérapie régulière. Tous trois ne disent pas un mot le lundi soir, mais n'en perdent pas un non plus : ils semblent se nourrir de la vie et de la chaleur qui émanent, pendant ces premiers mois, du groupe.

Car le lundi soir, se construit dans l'imaginaire et le réel, une maison que chacun veut sienne mais qui est aussi celle de tous. Outre les travaux de réparation et les difficultés de cohabitation, déjà évoqués, sont discutés les problèmes de gestion financière : les soignés voudraient nous redonner la direction des opérations. D'ailleurs, fin 71, B... abandonnera la charge de trésorier (et la responsabilité du compte bancaire), mais organisera, avec un autre malade, la venue au foyer d'un donateur intéressé par l'expérience. A cette rencontre ne participera aucun soignant et l'argent sera trouvé.

Cette demande des malades de nous voir prendre la responsabilité du Cerisier, outre qu'elle pose la question de savoir à qui appartient réellement le foyer, s'avère l'expression du désir de ne pas être abandonnés et surtout, peut-être, d'être protégé de la haine fraternelle qui, entre eux, grandit. Demande d'autant plus pressante qu'elle fait résonner en nous un certain malaise : comment à la fois être là, avec notre désir évident que le foyer se construise, existe, et laisser aux malades l'initiative, la maîtrise d'une réalité où nous sommes aussi partie prenante ? Aussi notre présente, rue des Charmettes, se limite-t-elle en ce temps là au lundi soir et à quelques venues ponctuelles dans la semaine : nous ne voulons pas trop intervenir. Mais, en contrepoint à cette présence/absence de notre part, naît dans le groupe, sous l'impulsion de Sch... le mythe d'une "mère-aubergiste", vieille dame qui viendrait faire un peu de cuisine, un peu de lessive, qui apporterait surtout un peu de chaleur maternelle dans ce lieu où chacun commence à éprouver sa solitude, et sa colère face à l'autre.

- La haine, déjà... et l'arrivée des damnés

A la fin 1971 en effet, les conflits prennent une tournure violente, dans le groupe du lundi d'abord et à propos de F..., le premier habitant. Le groupe et surtout son leader Sch... lui reprochent de s'incruster

au foyer, de ne pas chercher assez activement du travail, alors qu'il ne participe pas non plus aux réparations, de ne pas payer son loyer. Les discussions entre F... et Sch... deviennent de plus en plus tendues : dans la rage de Sch... et du groupe apparaissent à la fois le sentiment d'être trompés et la déception devant F..., pour qui on imaginait le foyer comme nouveau départ dans l'existence et qui s'y enlise au contraire (dépit de voir un fils ne pas réaliser le désir des parents, et de constater que le foyer n'a pas résolu, de façon magique, les difficultés personnelles). Cette colère, à la mesure de la propre solitude de chacun - Sch... vit complètement isolé dans un appartement à lui, et la bière lui vient souvent en secours -, résonne chez F... qui se fige dans un vécu persécuteur, répète qu'il ne peut rien faire, et clame que "si on le met dehors, il cassera tout". On verra plus loin d'ailleurs que F... était loin de ne rien faire au foyer : dans les mois de violences qui vont suivre, il sera au contraire à la fois concierge, sorte de garant des lieux, et mère réparatrice...

Mais la colère qui vise F... se reporte bientôt sur les soignants, accusés de ne rien faire, de ne pas mettre F... à la porte. De cette période date le terme, à nous attribué, de "soi-disant équipe soignante". Et dans le même temps se constitue, après le groupe du lundi, une sorte de directoire : trois des anciens malades, Sch..., B... et M... se réunissent régulièrement et à propos du foyer, lient pour la première fois entre eux une relation chaleureuse qui rompt leur solitude. Ce directoire interviendra directement au dispensaire, auprès du médecin, pour demander que soit "vidé" Al..., l'autre habitant.

Al..., en effet, va mal. La cohabitation avec F... est difficile et lui non plus ne parvient pas à travailler. Il évite presque toujours d'être présent au groupe du lundi. C'est par lui cependant qu'arrivent Alain et Gilles B... Arrivée spectaculaire un lundi soir : Alain B... entre sous le feu des projecteurs ! Un film, en effet, s'est mis en chantier à propos du Cerisier : une fois par mois, le réalisateur, M. Duvivier, viendra rue des Charmettes et le groupe se déroulera dans la lumière aigue des floods ! Ce soir là, Alain B..., très déprimé, raconte son histoire : le groupe, et Sch... surtout, sont émus et séduits et une chambre est proposée à Alain au foyer.

Il faudrait ici dire longuement qui sont Alain et Gilles B... car, à Villeurbanne, ils ont pris valeur de mythe. Parmis les tous premiers des malades soignés en milieu extrahospitalier, ils sont déjà à l'origine de nombreux écrits ! Leur mère, leur milieu familial appartiennent aussi aux archétypes des familles dites de "schizophrènes". Tous deux ont été hospitalisés à plusieurs reprises à l'hôpital psychiatrique, en général par leur mère, qui ne peut pas les avoir ensemble près d'elle. Alain B... est un schizophrène, submergé d'angoisses paranoïdes, toujours menacé d'éclatement, ayant fait de multiples tentatives de suicide, dont certaines très graves, et luttant contre son angoisse de morcellement en s'ennivrant ou en se droguant (toxicomanie majeure aux médicaments). Gilles B... est

moins dissocié, se défendant sur un mode psychopathique très violent (nombreuses bagarres, vols, etc...), très angoissé par tout rapprochement homosexuel et s'ennivrant également, sans toutefois l'aspect toxicomaniaque de son frère. Mais sa violence fait très peur : ainsi éventra-t-il un jour chez lui, d'un coup de couteau, le frigidaire. "Sinon, ç'aurait été ma mère".

Pourquoi Alain et Gilles V... vinrent-ils au foyer ? Il n'est toujours pas facile de le comprendre. Sans doute, Alain B... était-il alors dans une situation difficile : il ne pouvait plus rentrer chez sa mère (après qu'un nouveau conflit aigu ait eu lieu dans sa famille) et Hochmann, qui le suivait, ne tenait pas à l'envoyer à l'hôpital psychiatrique. Restait le pavillon N... (urgences médicales et toxicologiques) pour les décompensations anxieuses et les tentatives de suicide. Mais il fallait qu'Alain trouve un lieu pour habiter. Gilles, lui, gardait une chambre chez sa mère.

D'autre part, Al... connaissait bien Alain et Gilles B... ; devant le rejet qu'il dut percevoir, au foyer, tant de la part des autres malades que de la plupart des soignants, rejet suscité par ses passages à l'acte et la relation d'homosexualité perverse qu'il établissait le plus souvent, mais rejet qui le renvoyait, aussi, à ses multiples abandons, il chercha sans doute auprès d'Alain et Gilles B... une aide (reflet narcissique et présence contre sa solitude) en même temps qu'un moyen de dire sa colère au groupe.

Le soir où il vint, et alors que le groupe se débattait dans ses conflits avec F..., Alain B..., par la détresse aigue que criait son appel, répara narcissiquement beaucoup le groupe : quelqu'un, manière "d'anti F..." en demandant aide, disait que le foyer pouvait lui apporter quelque chose. Le groupe en doutait et c'est peut-être la résonnance en lui de cet appel qui redonnait espoir, (résonnance alors exprimée par son leader Sch..) qui fit adopter si vite l'entrée d'Alain B...

Mais cette entrée, devant laquelle les soignants étaient mal à l'aise et réticents -ils ne le dirent pas alors, paralysés par l'acquiescement du groupe et par les projections agressives reçues à propos de F... - ne résolvait en rien, seule, les difficultés d'Alain B... Ni les malades du groupe, ni les soignants ne proposèrent de venir le voir plus souvent dans la semaine, ou n'imaginèrent une autre forme de rencontre que celle habituelle du lundi soir. Or, pour Gilles et Alain B..., et Al... aussi, ce groupe n'existait pas dans leur histoire. D'où la rage à montrer qu'ils étaient "autres" : fous, violents, etc... Alain et Gilles ne participèrent jamais aux travaux de réparation du foyer : au contraire, ils détruisirent. Et dans les ivresses, les bagarres, les passages à l'acte, dans la revendication de leur "territoire" face à celui des autres (de F... et du groupe le lundi soir) se dira leur impossible habitation au Cerisier.

- Le premier Noël au foyer (décembre 71) rassemble en un même soir les contradictions vécues de cette époque. Le groupe, un lundi soir, avait décidé de partager le repas "de Noël". Lesvictuailles avaient été achetées dans une certaine allégresse : cette fête commune, symbolique (réunion parents/enfants, devant l'arbre : ici le Cerisier, plus que le sapin !) authentifiait la réalité d'une maison à nous, et l'existence d'un groupe-famille. Le repas fut joyeux ... Mais Alain, Gilles B... et Al... n'arrivèrent qu'à la fin. Les soignants exerçaient un contrôle discret et tendu de la consommation d'alcool. Après le repas, un essai de "guinche" tourna court : on avait mis des disques et quelques-uns voulurent danser avec les femmes de l'équipe qui n'en avaient apparemment pas très envie. Ce refus désignait une ligne de partage (les femmes sont aux soignants) que Gilles B... et d'autres n'acceptèrent pas. La colère se déplaça dans une querelle entre malades, et plus précisément, F... en vint aux mains violemment : bagarre qui laissa un goût de cendres... mais les nouveaux venus, Do... et Ne..., dont j'ai parlé plus haut, dirent ensuite qu'ils avaient ce soir là "senti la vie passer" alors qu'ailleurs c'était la mort. Comme si la bagarre était rassurante en regard des fantasmes de destruction qu'ils portaient.

IV - JANVIER-MARS 72 : DESTRUCTION ET REPARATION.

Au début 1972, la vie au foyer et la réunion du lundi soir s'organisent autour de deux axes. D'une part, la situation de F... qui s'enkyste de plus en plus au foyer ; il ne paie pas son loyer mais se trouve aussi dans une situation matérielle très mauvaise, (il a perdu ses droits à la Sécurité Sociale, il vit d'expédients). D'autre part les évènements de la semaine (poursuite des travaux mais aussi début d'un cycle de destruction : bris de matériel, bagarres, etc...) qui tentent d'être rapportés et compris le lundi soir.

Le caractère fondamental de cette période est que l'agressivité (celle à l'égard de F... ou celle manifestée par la destruction) y est réparée, signe que le groupe contient encore les conflits ; cette dialectique destruction/réparation n'est pas sans évoquer l'essai d'un accès à la position dépressive : le groupe vivra en effet le deuil d'une toute puissance imaginaire attribuée au foyer (parce que nous l'avons fait et voulu, le Cerisier peut tout résoudre) et chacun des habitants, surtout,aura à éprouver l'échec de ne pas tout avoir à lui seul.

Je propose de suivre cette période pendant deux mois, au fil des semaines (description possible grâce aux notes fidèles de Roland Iatoni).

3.1.72 : F..., déprimé et en colère, après la bagarre de Noël, demande à aller au Vinatier : "pour y passer l'hiver"... "me faire nourrir... j'ai besoin d'être réparé..." Les soignants et les malades acceptent, d'autant qu'ils voient là un moyen pour que F... quitte sa chambre ! On lui signale

qu'il faudra laisser cette chambre vide : F... se fâche (ayant sans doute perçu les vraies raisons de cet accord pour son hospitalisation). "Mes affaires resteront là et je garderai la clef de ma chambre... vous ne l'aurez pas ..." Il se boucle dans sa chambre et en ressort, plus furieux encore, quelque temps après : "Il y en a qui veulent me mettre au Vinatier, qui me veulent du mal...". N..., un nouveau, parle pour la première fois : "Vous faites du cinéma, vous ne supportez rien...", retournant ainsi à F... ses projections. Celui-ci s'emporte : "Je vais te casser la gueule" et il frappe la tête de N... contre un mur. Le groupe s'affole, intervient et F... se réenferme dans sa chambre pour ne plus en sortir de la soirée. N..., lui, ne reviendra plus le lundi soir, après cet épisode : c'est lui au contraire qui rentrera au Vinatier dans la semaine.

Le même soir, le groupe discute de l'aménagement de l'atelier : V... voudrait en faire une menuiserie mais Roland, un soignant, souligne la nécessité qu'il puisse aussi devenir le lieu de la réunion. F... en s'enfermant dans sa chambre - le verrou tourné s'est bien entendu - a bien montré que notre présence le gênait. Perspectives d'achat, également, d'un téléviseur et d'un fourneau pour l'atelier. Et projet de Th... de refaire le plafond d'une chambre avec l'aide d'un nouveau, Do...

On décide enfin de payer, à ceux qui le demanderont, les travaux effectués au foyer, après qu'une évaluation ait été faite et soumise au groupe. Décision importante (en réponse à une demande apparue dans les derniers mois) : le travail réalisé au foyer, jusqu'ici bénévole, non seulement se trouve authentifié mais il permet aussi à ceux qui n'ont pas d'activité professionnelle extérieure de faire, à propos de l'argent-échange, une expérience de réalité.

Les soignants soulignent,à leur réunion du lendemain, la double polarité du lundi : projets de construction et violence destructrice de F... mais est reconnue l'impasse dans laquelle a été placé F... : son sentiment de persécution correspondait bien à un rejet non dit de notre part. Comme si sa passivité au foyer suscitait en nous des fantasmes agressifs également violents ; (d'autant que cette passivité se double d'une intolérance à accepter quiconque vient au foyer pour y travailler).

10.1.72 : le lundi suivant, le groupe culpabilisé sans doute par l'agression de la semaine précédente, cherche à réparer F... ; V..., qui a réalisé le couloir, prend acte de l'aide que lui a fourni F... et propose qu'on lui paie 2 heures de travail. Le climat est plus détendu : on éprouve le besoin de boire et manger ensemble.

Par ailleurs, le téléviseur est acheté, le fourneau presque et Th... apporte le lundi soir un énorme catalogue de papiers peints que chacun consulte, pour choisir une tapisserie à la chambre à refaire.

Climat plus serein, dirons-nous, à notre réunion du mardi. La réparation à l'égard de F... nous faisait également du bien. Mais, il

était impossible de décoller du "faire" : le catalogue circulant a occupé et disloqué le groupe, évitant sans doute, et c'était peut-être sa fonction, la réémergence d'une agressivité.

17.1.72 : Poursuite du mouvement de réparation à l'égard de F..., le groupe lui propose de lui donner la caution ou l'avance d'un mois de loyer, s'il venait à trouver une chambre à l'extérieur. F... est d'accord.

24.1.72 : Alain B... et Philippe, un jeune schizophrène pris en charge depuis peu à Villeurbanne (il prendra par la suite une place prépondérante au foyer mais j'en reparlerai plus loin), sont complètement ivres. Ils monopolisent pratiquement tout le groupe ; Nicole en particulier, infirmière, se fait presser par eux, et demande de l'aide !

Les autres malades restent très indifférents à ce qui se passe. Ils semblent en colère. On discute rapidement de problèmes matériels et du paiement des travaux d'électricité à M... Sassolas demande que soit reprise avec lui la signature du compte bancaire : refus. Nous éprouvons nous-même une colère noire.

Le groupe se finit vite ; Nicole et Monique (assistante sociale) mettent au lit Alain et Philippe, avec l'aide de deux autres malades. Arrive alors F..., absent jusqu'ici, qui va lui-même acheter un sandwich aux deux garçons.

Le lendemain, entre nous, mécontentement des femmes qui ont l'impression d'avoir été abandonnées par le reste de l'équipe devant Alain et Philippe. Ce sentiment fait écho à notre malaise devant cette ivresse, qui évoque celles, nombreuses maintenant, de la semaine. Nous notons que ni le groupe ni nous n'avons parlé de cette situation, pourtant étalée sous nos yeux : comme si ça allait de soi !

31.1.72 : Il fait froid ; pas de feu. Sur la porte de F... un mot : "Je ne coucherai plus au foyer durant quelques semaines, jusqu'à ce que vous me trouviez une chambre. Je laisserai ma chambre à un autre. Merci" (écrit en phonétique).

Malaise du groupe. D'autant qu'on sait que la semaine a été marquée par des bagarres au foyer, des cuites (suivant celle du lundi précédent), entre Al..., Philippe, Alain et Gilles. Ceux-ci arrivent bruyamment, s'étonnent du mot de F... et mettent en cause la tolérance des soignants et du groupe à l'accord de F..., de son non paiement du loyer. Ils parlent "des responsables", parmi lesquels ils ne se comptent pas. Sont ainsi scotomisés les évènements de la semaine et le groupe, qui a peur d'aborder le problème réel, reparle de l'indemnité logement donnée à F...

Le lendemain, nous relevons l'atmosphère tendue qui nous a envahis : ce départ de F... nous a atteint en même temps que la peur qu'il indique devant ce qui commence à se passer au foyer. Par ailleurs, certains

d'entre nous ont l'impression d'être manipulés par "les casseurs" et ils se sentent eux-mêmes très agressifs ; mais ils ne parviennent pas à le dire le lundi soir.

7.2.72 : Toujours pas de feu. F... est malade, couché dans son lit. Surtout, dans la cuisine, une vitre est cassée, une serrure arrachée, des fils électriques coupés. Un nouveau mot est affiché sur le mur, de B... cette fois : découragé par la casse, il n'assistera pas au groupe. M... qui a, lui, installé l'électricité s'en va très vite.

Alain est ivre ; lui aussi quitte rapidement le groupe avec Al..., et Philippe.

Moment dépressif. V... qui échafaudait le projet de menuiserie est découragé. On cherche un moment à comprendre le sens de toute cette casse : au dispensaire aussi, la violence s'installe. Mais on ne voit pas, ni les malades ni les soignants, que Al..., Alain, Gilles refusent de s'intégrer au groupe du lundi : pourtant, leurs multiples sorties, leur présence ivre devraient faire prêter l'oreille. Soudain Th... affirme : "Quoi qu'il arrive, je terminerai cette pièce ; quand on a bien détruit, on reconstruit". Le groupe revit brusquement.

A la fin reviennent Al..., Philippe et Alain. Al... affirme qu'il tapissera complètement la pièce dont Th... fait le plafond. Il n'est pas cru.

Le mardi, nous cuvons notre dépression dans l'impression de ne pouvoir endiguer la casse. Faut-il répondre à la demande répétée des anciens qui réclament une loi, un règlement ? Nous sommes nous-mêmes indécis sur l'attitude à avoir : laisser faire, accepter qu'il se passe au foyer des choses importantes à notre insu ? Personne, sauf un, ne croit aux promesses d'Al...

Semaine du 7 au 14.2.72 : Doit être rapportée car elle va déterminer la réunion du lundi suivant. Al... s'est mis, comme il l'avait dit, au travail, après avoir acheté le matériel nécessaire. V... vient régulièrement à l'atelier. M... réinstalle l'électricité. Un soir de la semaine, Al... en abandonnant son travail, laisse une planche trop près du poêle : une épaisse fumée se dégage et quand F... arrive peu après, il prend peur et alerte tout le voisinage, qui s'affole également. En fait, il n'y avait guère de risques de feu et tout est rapidement maîtrisé.

Mais ce simulacre d'incendie a surtout démonté la tenancière du café (Mme Solange) et les voisins déjà excédés par le tapage qui règne depuis quelque temps au foyer. Une rencontre a lieu entre Solange et Sassolas, après qu'une plainte ait été déposée auprès du régisseur. On décide de faire la réunion du lundi au café de Solange, avec présence si possible des voisins pour tenter de s'expliquer.

14.2.72 : Comme les deux lundis précédents, nouvelle lettre,d'Al... cette fois, mais signée aussi d'Alain B..., qui refuse de se rendre à cette réunion. J'en extrait les passages suivants :

"Je m'excuse de ne pas venir... A mon avis, je trouve ridicule qu'on fasse une réunion chez cette garce de Solange, qui a entraîné la plainte...

Maintenant, j'ai tenu ma parole pour la pièce. Vendredi soir, j'ai travaillé jusqu'à 1 heure du matin, samedi jusqu'à 3 heures du matin pour finir le travail lundi comme promis...

Vu que je me suis fatigué à faire cette pièce, je m'installerai dans les plus brefs délais avec Alain. Malgré tout, je vous demande aussi votre autorisation..."

Mais Al... est au foyer le lundi soir. Sassolas insiste pour qu'il vienne chez Solange et il accepte.

Au café, nous sommes nombreux mais pas de voisins. Solange semble hostile et attend que les clients soient partis pour dire ses griefs : "Les WC communs, entre autres, sont dégoutants... F... pourrait bien y jeter un peu d'eau." F... : "Je ne suis pas là pour ramasser la merde des autres... et puis, je vais jamais au WC ici", et il quitte, furieux, le bar.

La discussion tourne court et une tentative de Nicole (l'infirmière) d'aller demander à quelques voisins de venir échoue. Dès lors, le groupe se replie au foyer.

Chacun admire la chambre refaite et félicite Al... et Th... pour leur travail ; du Beaujolais avait même coulé au café pour fêter cet évènement qui réparait la blessure et la dépression de la semaine dernière devant la casse. Même B..., auteur du mot acerbe, le lundi précédent, était là et participait au mouvement d'euphorie, qui suscitait de nouveaux projets : restauration de l'atelier pour les réunions, réfection de la cuisine.

Le groupe accepte la cohabitation d'Alain et Al... pour deux à trois mois. Al... demande 150 F. pour les travaux exécutés : d'accord, mais il doit en retour payer son loyer dès le 1er mars.

A la fin du groupe, Al... : "J'ai réparé mais je voudrais que ça reste propre, même après moi, ou alors c'est pas la peine..."

Le Mardi, entre soignants, nous oscillons entre le plaisir devant la reconstruction (qui nous a, nous aussi, beaucoup réparé) et la déception que cette réunion avec les voisins ait été un échec. Qu'en attendions-nous ? Sinon une réconciliation, au moins l'amorce d'une rencontre. Au contraire,

il nous semble qu'un fossé s'aggrandit, que l'étiquette de la folie se marque peu à peu sur le foyer.

En tout cas, la discussion avec Solange l'a éclairé, les passages à l'acte renvoient bien à une "merde" intolérable. Fécalisation adressée à nous, au groupe. Et hier, l'euphorie devant la pièce refaite n'a pas permis que soit compris, ou même abordé, le sens de ce "feu accidentel", destruction concomittente à la réparation. Il apparaît bien que lorsque le dedans est bon, neuf, le dehors (Solange, les voisins) est mauvais : à cause de ce clivage sans doute la menace de feu à l'intérieur a été scotomisée.

21.2.72 : Dans la semaine, Al... et Alain B... ont occupé la chambre nouvellement refaite.

Climat de tristesse : le poêle n'est pas allumé. Al... soudain très agressif : "M... va tout démolir en tirant une nouvelle ligne électrique. S'il fait ça, je déchire tout, je casse tout...". Sassolas : "Vous ne supportez pas de partager. Et comme F..., vous êtes furieux parce que nous sommes chez vous...". Al...:"Vous êtes con, vous êtes tous des cons ; vous ne comprenez rien..." Agressivité qui se prolonge dans la discussion pour l'achat d'une armoire (à mettre dans la chambre refaite) : Al... a une occasion "aux puces" mais le groupe trouve le prix élevé et demande qu'il prenne des renseignements ailleurs. Maintenant, Al... voudrait s'occuper seul de tout ça (comme de sa pièce) et il ne supporte pas qu'on en discute en groupe. Trait retrouvé dans une dispute avec B... accusé de ne faire qu'"écrire et parler" (référence au mot d'il y a 15 jours mais aussi aux démarches faites par B... pour trouver de l'argent). B... justifie calmement sa manière, à lui, de contribuer à la construction du foyer, mais Al..., dans son désir d'être "l'unique", ne l'entend pas.

F... n'a rien dit de tout le groupe. Il semble déprimé devant le tonus et la place prise par Al... et Alain au foyer. Mais cette dépression dans le groupe masque une haine violente contre nous qui éclatera, le lendemain, au dispensaire (au foyer, F... a peur devant les deux autres) : "Au lieu de leur acheter des meubles, vous feriez mieux de leur donner à manger...".

Le mardi, nous soulignons cette "jalousie primordiale" : refus de partager, désir absolu d'avoir pour soi toute la "nourriture". La réunion précédente nous semble riche (mais grosse aussi de menaces car des affrontements violents affleurent) : c'est bien l'expérience de cette rivalité, la haine reconnue et verbalisée, qui nous semblent avoir effet structurant.

Cette structuration, elle sera en oeuvre tant que chacun, dans le groupe ou au foyer, aura la possibilité d'être à la fois bon et mauvais, et d'être reconnu comme tel par les autres. Alors détruire/réparer constitue l'expérience primordiale que fait le sujet psychotique face à ses pulsions agressives.

Mais progressivement, à partir de mars 72, la violence augmentant, se constituèrent 2 clans clivés : d'une position dépressive le groupe retournera à un fonctionnement schizo-paranoïde, projectif, les "mauvais" (les casseurs, etc...), complètement séparés des "bons" (dont ils agiront cependant l'agressivité), seront conduits à une escalade de la violence. C'est le temps de la "Saga des psychopathes" qui s'ouvre... Parallèlement, le groupe du lundi deviendra peu à peu le lieu d'une parole vide.

V - AVRIL 72 - JUIN 72 - LA VIOLENCE PAROXYSTIQUE - CRISE ET FERMETURE DU FOYER.

L'irruption de la violence au Cerisier est le fait, je l'ai dit plus haut, de l'arrivée de jeunes malades psychotiques : Alain et Gilles B..., Al..., Philippe, et quelques-uns de leurs amis. Mais il faudra voir, ici, quel sens avait cette violence et comment nous n'avons pas su alors ni la comprendre, ni la maîtriser.

- La haine à Villeurbanne : l'impossible "Communauté"

Et d'abord, la crise n'est pas limitée au Cerisier. En effet, en ces mois d'avril à juin 72, la violence règne aussi au dispensaire : ivresses, occupations de bureaux, envahissement de l'espace. Crise de pouvoir, crise politique, de groupe à groupe (les malades/les médecins), guerre de conquête (de l'espace extérieur à l'espace intérieur : qui occupera l'autre, la folie envahira-t-elle aussi les médecins ?). Hochmann, dans le journal qu'il tint à cette période évoque cette période difficile qui vit s'affronter les médecins entre eux, à grand renfort d'arguments théoriques et idéologiques. Comme par hasard, cette crise survenait aussi au moment d'une mini-guerre entre états-majors médicaux à propos du secteur : il fallait partager l'ancien secteur unique en sous-secteurs. Quel espace aurait-on, qui serait le chef ?

Le Cerisier devient donc une "autre scène" de ce qui s'agit aussi au dispensaire. Aussi alimentera-t-il le conflit d'alors entre "l'équipe du foyer" et "l'équipe du dispensaire" (là aussi les choses sont clivées et le système projectif prévalent) : chacune attribuera à l'autre des responsabilités culpabilisantes dans la dégradation de la situation. Le Cerisier est accusé de susciter les passages à l'acte ; de notre côté, nous reprochons à Hochmann de nous avoir envoyé les "casseurs" qui sont pour la plupart, de ses patients. Et dans ces temps incertains, si les malades s'aggravent, l' "Autre" y est toujours pour quelque chose ! Ce système projectif donne sans doute la mesure de l'angoisse de destruction qui planait alors.

Au foyer, les bagarres devenaient quotidiennes, les ivresses aussi... et bientôt les tentatives de suicide. Associées au tapage nocturne,

elles suscitèrent des plaintes répétées des voisins qui commencèrent à faire circuler une pétition d'expulsion. Celle-ci heureusement n'alla pas à terme. F... lui, avait peur. Il le disait au groupe du lundi ou au dispensaire en une phrase qui l'immortalisa : "Ca part en couilles...". Mais F... joua, dans ces moments difficiles, un rôle important : d'abord, il ne partit pas. Il ne fut d'ailleurs pratiquement pas agressé directement et les passages à l'acte (bagarres, casse) épargnèrent sa chambre. Il resta et fut, d'une certaine façon, le médecin du foyer, s'occupant des blessés, allant alerter la police ou les gens du dispensaire quand l'un des habitants avalait trop de médicaments.

Le lundi soir ne permettait plus de donner sens à ce qui se passait au foyer. D'abord parce que Gilles, Alain ou Philippe n'y venaient que rarement ou dans un état tel qu'une discussion s'avérait impossible. L'échange était violent : qui annihilerait l'autre ? En avril, d'ailleurs, en se faisant hospitaliser, Philippe confia à Hochmann : "Je ne peux m'en sortir qu'en devenant psychologue ou truand...".

Le reste du groupe (l'ancien "groupe du lundi") se décourageait. V..., le menuisier, partit comme M..., l'électricien, affolé par la violence. Th..., qui avait fait le plafond d'une chambre, à nouveau dégradée, se décompensa. Bien sûr, il est difficile d'affirmer que son délire d'alors renvoyait seulement à l'échec du foyer ; mais quelque chose d'intelligible, à ce niveau là, se faisait jour (nous ne le comprimes qu'après son hospitalisation). En effet, avant de délirer, il avait à plusieurs reprises apporté le lundi soir des disques religieux, signes d'une paix désirée, il avait fait plusieurs cadeaux (des "douceurs", chocolat, etc...), et son délire, ensuite, évoqua une situation idéale où tout le monde était pardonné, où les plus faibles devenaient les plus forts, où David et Goliath se réconciliaient. Il alla jusqu'à "regarder le Lion de la Tête d'Or dans les yeux" et à "fixer le soleil".. Il fut ensuite hospitalisé.

Les "anciens" du groupe se retournèrent, eux, contre les soignants. Sch... surtout, qui avait lui-même accueilli si chaudement Alain B..., était le porte-parole de ce mouvement agressif : "Vous êtes trop ambitieux ; il ne suffit pas d'y croire... Ca ne pouvait marcher... On ne lance pas quelqu'un dans la piscine quand il ne sait pas nager...".

Par là, les malades déplaçaient sur nous l'agressivité terrible qu'ils éprouvaient envers les autres, les mauvais, et ils niaient en même temps que le foyer était, aussi, leur affaire. Mais cette agressivité renvoyait également au sentiment qu'à leurs yeux, les "casseurs", qui envahissaient le foyer, et qui nous angoissaient, prenaient au-dedans de nous, toute la place et qu'eux ne comptaient plus. C'était bien là aussi, une guerre de territoires (occuper notre espace intérieur).

- L'essai de comprendre

Fin avril, l'équipe soignante éprouva le besoin de prendre une journée de réflexion. Nous étions incertains, déprimés, et atteints aussi par les projections des anciens malades. Le découragement devant la dégradation progressive du foyer nous fit appeler à l'aide la nosographie : les casseurs étaient des "psychopathes" bien sûr ! Et un psychopathe, on sait bien que "c'est pas de la tarte, que ça ne guérit pas...". Mais nous n'étions pas tous d'accord : les femmes de l'équipe semblaient moins agressives, ce qui indiquait assez combien nous supportions mal une sorte d'homosexualité diffuse dans le groupe depuis quelques mois. Et nous supposions que tout ce qui se passait au Cerisier devenait dangereux et mauvais, sans chercher ce que les habitants pouvaient, en réalité, tirer de la situation. En fait, nous étions gênés par notre projet initial, et idéal : nous constations que "la maîtrise laissée du maniement de la réalité" avait conduit à la constitution d'un groupe d'oppression vis-à-vis des autres malades, mais nous ne voulions pas être plus présents au foyer alors que ce qu'y déroulait était bien une sorte d'appel à l'aide contre la solitude et la folie. Nous projetâmes un moment de séparer le groupe du lundi : il y aurait d'une part ce qui se passerait au foyer et un groupe hebdomadaire reviendrait au dispensaire. Nous étions, nous aussi, contaminés par le clivage !

Mais je crois que la situation au Cerisier résonnait en nous à un autre niveau (et je repense à ce que dit Joe Berke dans "Un voyage à travers la Folie") : ce qui se passait au foyer était une gigantesque fécalisation, de tout. La merde partout, c'était peut-être ce par quoi ils nous demandaient de rentrer en contact : non plus seulement l'expression d'une colère contre les autres, contre nous (c'est comme ça que nous la recevions) mais signe de leur propre destruction, besoin de nous couvrir de merde pour que quelque chose en eux se reconstruise avec nous. Je crois que nous n'étions pas prêts, à l'époque, pour faire ce "voyage". Hochmann, dans son journal, note début mai, à propos de cette fécalisation : "Il est frappant de constater que nous tolérons leur effrayante destruction, si elle s'extériorise ailleurs qu'ici et surtout si elle se fait sans saleté..." et plus loin : "que le naufrage n'affecte que leur espace intérieur mais ne vienne pas contaminer notre espace, notre chez-nous...".

Cette journée d'avril se termina sur la décision de convoquer pour le 15 mai prochain une réunion solennelle au Cerisier. Une lettre fut envoyée à chacun des membres du groupe du lundi, demandant sa présence en regard de la gravité de la situation.

La veille de cette réunion, nouvelle bagarre et mise à sac du foyer. Le compteur électrique de l'allée est même saccagé. La réunion commence donc après le constat de cette nouvelle destruction : elle se tient cette fois dans l'atelier du jardin. Les habitants du foyer ne sont pas là,

sauf F..., qui redit sa peur. Cette absence ne permet pas qu'un projet commun soit discuté. Chacun exprime sa colère et sa tristesse sauf V..., revenu aujourd'hui, qui réclame très fort un réglement, et une "présence soignante" tout au long de la semaine. Il est le seul à évoquer la possibilité d'une "mise à la porte" des "casseurs". La réunion se termine sans qu'aucune décision ne soit prise.

- Suite et fin

Les évènements s'enchaînent alors rapidement : le 17 mai, F... arrive terrorisé au dispensaire. Une bagarre très dure oppose au foyer Alain B... et Ro... (un autre malade du secteur, qui ne vient jamais le lundi soir, redouté pour sa violence). "Ils vont se tuer...". Hochmann appelle police-secours (ce que l'équipe du Cerisier vivra comme un acting à son égard). Le même jour parvient une lettre du régisseur, averti du saccage du compteur : "dernier avertissement avant la résiliation du bail..." Le 22 mai, grave tentative de suicide d'Alain B... : les pompiers doivent intervenir et casser la porte de sa chambre pour l'emmener, inconscient, à l'hôpital. Une nouvelle lettre du régisseur exige cette fois la fermeture du foyer. L'équipe parvient à transiger : pendant trois mois personne ne logera au Cerisier, qui cependant restera ouvert le jour. Trois mois pour souffler un peu et essayer de comprendre. Que deviennent alors les habitants ? Alain B..., après sa tentative de suicide, partira deux mois en maison de repos. F... doit trouver une chambre en ville : Claude, assistante sociale de l'équipe, cherchera avec lui et une solution sera vite trouvée (d'autant que la promesse faite à F... de lui donner caution et premier mois de loyer tient toujours). Quand à Al..., son départ est beaucoup plus dramatique : il a très mal accepté la fermeture du Cerisier. Le 29 mai, un lundi soir, il s'emporte devant le groupe, traite tout le monde de "salaud", casse violemment un cendrier. Il rentre brusquement au foyer, en ressort avec une poignée de comprimés qu'il avale devant tout le groupe, sidéré, qui n'a pas le temps d'intervenir. Cet acte suicidaire, sacrifice expiatoire et dernier cri de rage, coupe brusquement l'angoisse dépressive qui l'envahissait : Al... sera hospitalisé dans la soirée au pavillon N.

Ainsi "la loi" est-elle intervenue du dehors, imposée par le régisseur, représentant d'un tiers (ici le groupe social). Au dispensaire également, où les soignants éprouvèrent la même impuissance devant l'envahissement des lieux, la violence, la fécalisation, c'est la municipalité qui intervint, (comme le fit un membre de l'équipe, non-médecin,) en gérante des locaux, pour imposer une limite (fermeture du dispensaire entre 12 et 14 heures ; menaces de résiliation de contrat avec l'équipe d'hygiène mentale).

Invoquer une "loi limitante", c'est indiquer que ce qui se passa, au dispensaire et au Cerisier, entre avil et juin 72, était du registre d'une communication fusionnelle. Tentative de symbiose suscitée

d'une part par les malades (envahir le médecin, l'affoler, et par là nier sa propre folie) mais aussi par les soignants : il y avait alors des difficultés extérieures (cf. la décision du secteur) et intérieures (conflits d'équipe à propos du Cerisier, et, au-delà, du type de prise en charge des malades) et ces patients psychotiques, jeunes et particulièrement difficiles, devinrent sorte "d'objet narcissique" des thérapeutes, miroir où l'on cherchait sa propre image, sac vide qu'on remplissait de ses propres desirs (désir de guérir). Capture imaginaire, dont témoigne le dialogue entre Hochmann et Gilles B... :

- Gilles : vous devenez tous comme ma mère.
- Hochmann : vous voulez nous rendre fous.

Mais toute fusion est anéantissante, et la bataille à propos des espaces, des limites peut apparaître comme signe de l'angoisse devant une symbiose mortifère.

Pendant cette crise à Villeurbanne, le foyer fut, avec le dispensaire, lieu officiel, enjeu de cette bataille de territoires. Mais le Cerisier n'appartenait pas seulement aux soignants et le conflit y prit donc tournure spécifique. Cependant, les autres malades (les anciens du groupe du lundi) abandonnèrent peu à peu la lutte, découragés. Pourquoi ? Sans doute la destruction répétée réveillait-elle aussi en eux des fantasmes agressifs dangereux (ils ne purent alors s'affronter aux "casseurs" et reportèrent leur agressivité sur les soignants). Mais l'attitude de la "soi-disant équipe soignante" me semble aussi déterminante dans cet abandon : nous fûmes d'une grande passivité, constatant la destruction comme si elle allait de soi, n'osant presque jamais dire notre sentiment de colère. Comme si - manière de caricature d'une écoute psychologique "neutre" - nous ne nous montrions pas atteints par ce qui se passait. Que cette attitude signe une résistance à suivre le psychotique dans son univers de violence et de "merde", me semble aujourd'hui plus clair.

Cette crise, en définitive, a-t-elle servi à quelque chose ? Je le crois. La violence, au début, en détruisant l'illusion d'un foyer idéal, lieu clos et protégé, mais en ne conduisant pas pour autant à la mort, et en suscitant la réparation, préparait le Cerisier (les malades, et les soignants qui reconnurent l'exigence d'une plus grande présence) à devenir un espace où puisse se vivre la folie. Pour Al..., Gilles et Alain, il m'est difficile de dire ce que représenta cette expérience : ils ne revinrent plus, ou très peu, au groupe du lundi. Hochmann écrit : "Peut-être le seul mérite du foyer fut-il de pouvoir être détruit par ceux-là même qui auraient pu se faire en le défaisant...". Le dernier conditionnel sonne évidemment comme un échec.

F..., lui, a vécu, outre sa peur, une relation où il donnait, accompagnant et soignant ceux qui se détruisaient. Qu'il ait eu, au travers de cette réparation, l'impression, pour la première fois, d'exister pour autrui, n'est pas un mince acquis. Sa dépression ultérieure le confirmera.

Mais l'essentiel est peut-être qu'après toute cette violence, nous nous soyons battus pour que le Cerisier ne ferme pas. Preuve que la violence ne nous détruisait pas et que les fantasmes agressifs, agis dans la réalité, n'entraînaient pas un inéluctable abandon.

VI - JUILLET 72 - OCTOBRE 72 : LE TEMPS DE LA RECONSTRUCTION - REVIVRE ENSEMBLE.

Trois mois pour réfléchir et reconstruire, ensemble. Conformément à l'accord passé avec le régisseur, le Cerisier n'est plus habité : au début, il n'ouvrira que le lundi soir mais peu à peu, les membres du groupe y reviendront durant la semaine.

Trois thèmes, en manière de contrepoint, vont animer cette période de transition, que facilite les vacances :

- le foyer à refaire
- l'anathème jeté sur les femmes de l'équipe
- la fraternité du lundi soir.

Le foyer à refaire.

Matériellement, d'abord : réparer ce qui fut cassé. Mais on ne se hasarde pas à entreprendre immédiatement les travaux : le Cerisier reste plusieurs semaines dans l'état où l'ont abandonné les derniers habitants. Comme si cet espace était pour un temps devenu tabou. Parallèlement apparaît, les semaines après la fermeture, toute une production imaginaire disant la violence passée : ainsi, deux lundis successivement, le groupe associera sur "des égouts, avec des cadavres qui flottent, de la merde, de la pourriture... et les poissons inquiétants des profondeurs : de grosses anguilles dégueulasses...". Dans les mêmes séances, le futur foyer sera imaginé "tout repeint en blanc" et chauffé par "un grand système de chauffage central qui s'étendrait dans tout Villeurbanne" : connotations maternelles qui protègent de la mort et de la pourriture.

Le premier signe d'une réparation réelle sera des fleurs plantées dans le jardin par un malade herboriste.

Puis l'atelier sera aménagé afin que les réunions du lundi soir y soient plus confortables. On osera enfin revenir au foyer lui-même, en se lançant dans la construction d'une douche ! (Ne dit-on pas d'un enfant agité qu'il faut lui mettre la tête sous la douche ?). Un moment, pendant les vacances, la violence passée réapparaîtra sous la forme d'une vitre cassée à la porte d'entrée (passage nocturne d'un malade non reconnu) : aussitôt, un solide volet blindé protègera la dite porte !

Mais il s'agit surtout de refaire du Cerisier un lieu de vie. Au début, les malades n'y croient pas et ce sont les soignants qui vont chercher des solutions pour que, pendant la journée et pendant les vacances, le foyer s'anime. Cette recherche n'est pas simplement un activisme : elle est consécutive aussi à l'analyse, faite par l'équipe, de la crise qui vient de se dérouler, et qui nous conduit à être beaucoup plus présents au Cerisier (en réponse à l'abandon, l'insécurité qui peuvent s'y manifester) que par le passé.

Un texte de Sassolas du 25.7.72, soumis à la réflexion de l'équipe, résume bien cette analyse :

> "Parmi les sentiments exprimés en agis par les utilisateurs du foyer, l' abandon, la solitude, l'insécurité, la tristesse ont sans doute été prédominants. Ils peuvent finalement se résumer à une demande de présence plus intense, plus fréquente, plus proche. Cette souffrance et cette demande ont jusqu'ici eu tout loisir d'être ressentis et explicités, aussi bien par ceux qui ont vécu directement la situation que par ceux qui y ont participé indirectement. Il est temps de donner à présent une réponse effective à cette demande, et pour cela de prendre l'initiative de modifier le fonctionnement du foyer. Les modifications éventuelles devraient permettre de concilier :
> 1) cette demande d'une plus grande présence et des soignants et d'autres patients, d'un climat plus sécurisant et plus chaleureux,
> 2) le projet thérapeutique initial, qui est de mettre à la disposition des patients et des soignants une réalité manipulable par les uns et par les autres (concrétisation au niveau de la réalité d'une relation affective de mutualité au sens de Bettelheim) : ce qui exclut la prise en charge du foyer, d'un patient ou d'un conflit par les soignants seuls, mais aussi par les patients seuls (ce qui a peut-être été parfois le cas l'an dernier).
> 3) la réalité économique du foyer (loyer, charges)
> 4) la réalité professionnelle des soignants, c.a.d. le fait que nous ne pouvons assurer plus de présence au foyer que si nous avons la possibilité d'y travailler davantage, c.a.d. d'y rencontrer d'autres patients que ceux qui y habitent.
> L'utilisation du foyer comme lieu d'HAD et l'utilisation d'une chambre comme logement d'un éducateur devraient permettre de concilier ces 4 points essentiels (en plus de l'utilisation comme lieu du groupe du lundi et lieu de logement pour 4 patients)".

Ainsi, prolongeant les remarques ci-dessus, plusieurs projets sont échaffaudés. Les uns resteront imaginaires : installation d'un atelier de poterie, de mécanique, de dessin, voire d'une imprimerie gauchiste ! Habitation d'un éducateur, ou d'un psychologue, ou d'un sociologue... Par contre, se montera, dans la réalité, un groupe d'expression corporelle, animé chaque lundi soir par François, psychologue ayant déjà pratiqué cette

activité au Vinatier. Et surtout, des soignants vont participer, beaucoup plus qu'en 1971, aux travaux de réfection : le Cerisier puis l'atelier seront ainsi peints en commun. De même, s'instaure peu à peu le rite d'un repas groupant soignants et malades, un autre jour que le lundi.

Cette réparation progressive du Cerisier, deux mouvements l'accompagnent dans le groupe du lundi. D'abord la réaction des "anciens", qui rejettent dans un premier temps, toute proposition que peut faire l'équipe soignante, en y adhérant aussitôt après. (Ainsi en fut-il de la douche, projet que Sch... trouva stupide le lundi soir mais qu'il commença à réaliser lui-même les jours suivants).

Ensuite, l'attitude de F... : il avait dû quitter le foyer et, avec l'aide de Claude, assistante sociale, il avait rapidement trouvé une chambre. Au début, il fut euphorique : enfin un lieu à lui ("pour la première fois, mon nom sur une boîte aux lettres"). Mais vite, il se retrouva seul, sans pouvoir lier de relation avec le voisinage. Sa dépression, projetée dans le groupe qui était à ses yeux mauvais, incompréhensif, s'alimenta de la haine qu'il éprouvait à voir se reconstruire le Cerisier. Haine criée à Sassolas surtout, qui lui signifia l'impossibilité de revenir, plus tard, habiter au foyer. Aussi F... essaya-t-il de nier ce qui se construisait en dehors de lui : "Tout ce que vous faites ne sert à rien ; vous allez voir, ils reviendront tout casser..." et puis : "Je m'en fous de votre douche... Vous croyez peut-être que c'est elle qui va me réparer ?..."

Enfin, se posait la question de l'argent. Pas d'habitant, pas de loyer. Mais il fallait payer 650 F. par trimestre. Certes on attendait une subvention de Sécurité Sociale, attribuée pour le fonctionnement du foyer (elle arrivera en automne) et une nouvelle démarche, auprès du premier donateur, avait été faite en Avril, en pleine crise, par trois malades seuls : l'argent touché avait renfloué une partie du découvert bancaire. Mais ça n'était pas suffisant. Alors les soignants proposèrent, en septembre, et après bien des hésitations, que la participation de chaque malade, au groupe du lundi soir, donne lieu à un remboursement de Sécurité Sociale (dans le cadre des AMI3 -1-), les actes ainsi payés alimentant directement la caisse du Cerisier. Il fallait pour cela que les malades fassent régulièrement signer une feuille aux médecins. Initiative embarrassée : le rappel s'y manifestait en effet de la différence soignants/soignés. Aussi les résistances à cette proposition s'étalèrent-elles sur plusieurs séances : incompréhension prolongée du système de remboursement, puis déni ironique du diagnostic porté sur la feuille d'entente préalable (qui déciderait ? qu'écrirait-on ? on se mit d'accord sur "un syndrome dépressif", immédiatement nié par un grand rire). Mais que ce système ait été accepté, témoignait du désir des malades que le foyer vive, dans le deuil accepté de l'illusion communautaire.

-1- : AMI3 : acte médical infirmier bénéficiant du tiers payant.

Malheur aux femmes.

Pendant ces trois mois apparut dans le groupe du lundi soir, parallèlement aux problèmes de reconstruction du foyer, une agressivité de plus en plus violente à l'égard des femmes de l'équipe soignante. Agression portée surtout par deux des membres du "Directoire" (Sch... et B..., alors leaders du groupe), et qui répétait, en plus virulents, des sentiments agressifs déjà apparus auparavant. Je rappelle qu'il n'y a jamais eu de femmes, jusqu'ici, parmi les malades, encore que ceux-ci aient demandé plusieurs fois aux soignants "d'en faire venir". Plus tard, en 73, une malade viendra régulièrement au groupe du lundi et logera même de façon intermittente au foyer.

Cette agression commence dès la fermeture du foyer. Sch... s'avise soudain de l'"inutilité" de Nicole, l'infirmière, et de Claude et Monique, assistantes sociales, qualifiées respectivement de "courant d'air", "grand silence" et "dame d'oeuvres". C'est le temps des "dames patronnesses"... Au fil des semaines, les attaques s'intensifient et Claude, Monique et Nicole sont bientôt dites "malades : des femmes qui ont des problèmes avec les hommes et qui viennent les régler le lundi soir, de façon voyeuriste". On exige qu'elles parlent d'elles, en leur reprochant un silence vécu comme persécutoire : le tutoiement, imposé, est alors le signe de ce mouvement qui déclare : "Tu es malade comme nous, alors parle...". En filigrane cependant, et masquée par cette agressivité destructrice, s'entend un autre discours : "On pourrait aller avec elles dans un camp de nudisme ; ce serait plus simple et plus naturel qu'ici", et encore, de B... à l'une des soignantes : "L'autre jour, on discutait ensemble. Un autre type est venu, et vous êtes partie avec lui...".

Ces attaques, et leur violence, ont toujours mis les hommes de l'équipe soignante dans une position difficile et leur passivité, témoin du clivage opéré, déclenche en retour chez les femmes le sentiment d'être abandonnées. Dans notre réticence à intervenir, plusieurs causes se décèlent : soulagement de ne pas être visés par l'agressivité des malades et, peut-être, satisfaction prise à voir sa propre agressivité agie par les patients. Mais le sentiment commun des hommes était d'être paralysés, de ne savoir comment intervenir. Aussi est-ce seulement par la compréhension de ses causes (et leur verbalisation secondaire dans le groupe) que le conflit s'atténuera. Il persiste cependant, aujourd'hui encore, à l'état latent, signifiant que la différence de sexes reste une pierre d'achoppement du travail thérapeutique.

A quoi donc renvoyaient l'agressivité des malades à l'égard des femmes, et en retour, notre passivité ? L'interprétation ne peut pas être univoque.

Après la crise du Cerisier, "dames patronnesses", résonnait, au groupe du lundi, avec "mère aubergiste". Cette maman idéale

réapparut en effet dans l'imaginaire du groupe et même dans la réalité. Un soir, vint une vieille dame, patiente de Sassolas, qui se proposa d'animer un peu le foyer (repas, présence, etc...). Elle fut reçue dans une indifférence apparente (la mère idéale ne pouvait bien sûr s'incarner !) et on ne la revit plus. Le "dames patronnesses" signait donc, en négatif, le manque d'une "mère aubergiste", bonne mère qui aurait su éviter la haine dans la fratrie et la violence passée.

Mais cette agressivité tirait de la période troublée précédente, une autre signification: se focalisant sur les femmes (les non médecins), elle évitait ainsi les médecins. Or, c'était bien à eux, et à leur leader, Sassolas, qu'était fait implicitement le reproche d'avoir laissé la violence envahir le Cerisier. L'agressivité envers les femmes de l'équipe s'accompagnait ainsi d'une idéalisation du médecin : des articles récemment parus dans la presse régionale, sur le travail de secteur à Villeurbanne, soutenaient, par leur lyrisme, ce processus d'idéalisation qui faisait du médecin un personnage inattaquable.

Cette dynamique résonnait en outre avec la problématique personnelle de Sch... (le plus agressif des malades, chez qui le même clivage se montrait à l'égard des figures parentales : une mère pourrie, mauvaise et un père tout bon, divin). Ainsi la passivité des hommes de l'équipe s'expliquait-elle sans doute par cette idéalisation, encensement paralysant qui ne fut pas perçu de suite. Le clivage séparait donc les "femmes malades" (non soignantes) des "hommes thérapeutes" : d'ailleurs, en ce moment de la vie du groupe, les femmes se sentirent dépossédées face aux hommes, du pouvoir de la parole, "pouvoir interprétant". Interprétation idéalisée, vécue comme toute puissante, et qui prenait bien par là son sens de phallus narcissique.

A un niveau plus "triangulaire", il s'agissait aussi de savoir qui possédait les femmes. Apparemment les hommes soignants. Et dans ce sens, c'est en faisant devenir les femmes "malades" qu'on les retirait aux hommes de l'équipe pour se les approprier. Là s'exacerba une rivalité qui désigna toujours, cependant, un tiers absent du groupe : le "type" avec qui partait l'une des femmes, ou les "autres hommes" qui empêchèrent, aux yeux de Sch..., que les femmes acceptent une invitation à se rendre chez lui. Là encore, le tiers absent, et les femmes inaccessibles déplaçaient sur eux l'agressivité destinée aux tiers réels, présents.

Dernier niveau, fondamental à mon avis, et qu'affirma la passivité complice des autres malades face à l'agression portée par les leaders : tenter de prendre les femmes des soignants, c'était pour les patients, se retrouver dans une rivalité entre eux-mêmes. Jamais cette rivalité ne fut évoquée par les malades : elle faisait trop craindre le retour de la violence passée. Dès lors, les femmes devenaient les mauvaises à détruire, (plutôt qu'on se batte pour elles entre soi), l'Autre à éliminer.

La "fraternité" du lundi soir :

Après l'angoisse des derniers mois, il fallait que le groupe revive une expérience chaleureuse : besoin de se réparer, de se retrouver. Eliminer les différences dangereuses au profit d'une complicité homosexuelle, unissant hommes soignants et malades. D'où la tentative d'exclusion des femmes et surtout le clivage opéré à propos du groupe : celui-ci devenait "tout bon", le "mauvais" était projeté à l'extérieur : ainsi parla-t-on comme d'une abomination de l'hôpital ou des médicaments. Consécutif aussi à ce clivage fut le rétrécissement du groupe sur un noyau de "fidèles", protégeant des aléas du "dehors".

Ce désir de réparer, d'être idéalement bon, apparaît bien dans une séance de cette période que je rapporterai brièvement :

28.8.72 : c'est la fête ; bouteilles de Clairette et gâteaux, le tout offert par B..., tout souriant.
"J'avais envie de le faire depuis longtemps..." On le presse de s'expliquer, il s'y refuse. Sch... vit cette fête comme un repas d'adieu : "Tu ne veux plus revenir" (angoisse immédiate d'abandon devant ce geste spontané qui atténue la dépendance). B... nie et brusquement, met 250 F sur la table, dette qu'il devait du temps où, étant trésorier, il avait puisé dans la caisse pour faire face à une situation personnelle difficile. Les 250 F restent un grand moment sur la table, à la fois comme signe de défi et symbole de réparation.

Ce grand mouvement de réparation animera toute la soirée : B... ira porter un fond de bouteille à Solange, la tenancière voisine et redoutée ; Sch..., qui se lance dans la construction de la douche, parle de ses travaux.

F... lui-même est soudain l'objet de l'attention des autres malades. Il est ce soir très déprimé, "au bout du rouleau ; le vide... impossible à tenir, à vivre ça ; je suis tout seul, les voisins ne m'aident pas ; je n'ai même rien à manger de bon."
"Il y a des choses que je ne peux pas dire ici ; j'en ai parlé au docteur..."
- les autres : "très bien, c'est ce qu'il faut !"
B... propose alors que chacun aille voir F... régulièrement.
- F... : "Je n'ai rien chez moi ; je perds mes affaires..."
On lui donne alors la recette d'un bon remontant : les flocons d'avoine! F... accroche, intéressé. Un malade se propose même d'apporter un réchaud et d'aller faire avec lui les premiers flocons. Sch... associe sur ce que sa mère lui faisait petit.
Sassolas remarque que tout le monde veut ce soir donner quelque chose de bon à F... et que lui aussi participait du même mouvement : il lui avait prescrit de l'Anafranil. Sch... : "Ca sent la psychothérapie de groupe, ça", refuse l'intervention du médecin.

Vers la fin du groupe, dans un grand silence, B...,dit, un peu ironique : "Et si on devenait nous-mêmes thérapeutiques envers les autres!"

La réunion se termine par une diatribe violente de Sch... contre les intellectuels, sur le thème : "les idées sont dangereuses, il faut brûler les livres". Associe Teilhard et Hitler. A l'issue du groupe, F... sera invité au café.

Le Mardi, l'équipe souligne l'émotion éprouvée la veille devant ce climat chaleureux. L'intervention de Sch... prouve cependant combien cette atmosphère maternelle, fusionnelle se soutient de la projection, à l'extérieur, d'une haine terrible (Hitler, les intellectuels, qui sont sans doute la partie de nous refusée par eux : celle qui parle, écrit, interprète, mettant par là une limite à la fusion).

Tel qu'il pointe dans la réunion rapportée ci-dessus, ce désir que les malades ont de vivre entre eux une relation a-conflictuelle se manifestera très fort dans les réticences du groupe à accueillir des "nouveaux". Nouveaux soignants et François, avec son expression corporelle, sera d'abord brocardé. Nouveaux malades : H..., 45 ans, psychotique hospitalisé de nombreuses fois au Vinatier et à qui j'ai proposé de venir le lundi soir, sortira du premier groupe très angoissé et en disant : "Tous des pédales...". Il reviendra cependant, devenant un participant assidu.

Ces réticences alimenteront les controverses sur le type de malades à accepter, quand le foyer ouvrirait à nouveau.

> "-Sch... : il ne faut pas mélanger ; il faut laisser les types en difficulté se soigner à l'hôpital mais aider ceux qui sont en danger avant qu'ils ne sombrent... Je propose qu'on ouvre le foyer à des types qui peuvent payer, mais pas cher, des apprentis par exemple.
>
> - violentes réactions d'autres malades. "Pas de jeunes ; ils peuvent utiliser d'autres foyers. Il faudrait des réglements et des interdits.
>
> - M..., pas d'alcooliques
>
> - Sch... : mettre des gens responsables et solvables."

Cependant, le Cerisier va rouvrir bientôt. Et l'habitant qui va y venir ne sera pas choisi selon ces critères : Philippe, en effet, qui sort de l'hôpital, dit qu'il a besoin d'un lieu où vivre, et il le montre. C'est le début d'une nouvelle période.

VII - OCTOBRE 72 - FEVRIER 73 - REOUVERTURE DU CERISIER - LES NOUVEAUX HABITANTS - PHILIPPE -

- L'arrivée de Philippe.

Octobre 72... Le foyer continue à être peu à peu réparé ; la douche est en cours d'installation. L'atelier du jardin, repeint à neuf, est désormais le lieu de la réunion du lundi. Le délai de fermeture partielle, imposée par le régisseur, vient à expiration.

Et Philippe arrive... Pendant plusieurs mois il sera, avec d'autres nouveaux venus, au centre de la vie du Cerisier. Jusqu'à sa mort, et après encore.

Philippe a vingt ans. Il sort d'une famille aisée et nombreuse, il a passé une partie de son enfance à Lyon puis les activités professionnelles de son père ont suscité le déménagement de la famille à Paris. Philippe a commencé, dès l'âge de 12-13 ans, à présenter des troubles de la personnalité qui le conduisirent à l'hôpital : du schizophrène qu'il est, il porte ainsi l'angoisse et l'errance institutionnelle. Ces expériences hospitalières, multiples (Hôpitaux psychiatriques et cliniques, dans de nombreuses villes) ont développé chez lui une agressivité violente devant toute "institution" et son discours emprunte souvent la fougue antipsychiatrique pour clamer à la fois la pureté de la folie et la méfiance devant les "fliciatres".

Philippe est revenu à Lyon depuis quelques mois. A la suite d'un conflit familial très violent, qui l'opposa à son père, sa mère décompensa sur le mode dépressif. La cohabitation devint alors impossible (les fantasmes familiaux étant que la mère pouvait en mourir). Lyon fut choisi à un double titre : un oncle (frère de la mère, lui-même très anxieux et très maternel à l'égard de Philippe, comme s'il fallait "racheter") y habitait et il avait indiqué aux parents qu'un type de soins nouveaux se mettait en place à Villeurbanne pour des patients psychotiques.

A Lyon, à son arrivée, Philippe loge d'abord dans une chambre indépendante, et se réfugie chez son oncle quand il est trop inquiet. Matériellement, il dépend de son père qui lui envoie régulièrement de l'argent : il ne parvient pas à travailler. Assez rapidement, il est suivi en psychothérapie individuelle par Hochmann et il se lie avec quelques malades du dispensaire de Villeurbanne où il passe une grande partie de son temps.

Psychotique, Philippe l'est au travers d'une symptomatologie bruyante : sa lutte permanente contre des angoisses paranoïdes se résout le plus souvent par des passages à l'acte violents (ivresses-bagarres-

tentatives de suicide). L'intensité de ses projections rend difficile, dans la relation avec lui, la manipulation de la distance, d'autant que toute approche est vécue comme une séduction homosexuelle. Sa dissociation éclate dans son maniement de la pensée, où le langage tourne au vertige. Il évoque une sorte de kaléidoscope, empruntant aux gens de rencontre des bouts d'identité qu'il essaye ensuite d'assembler : ainsi en va-t-il de son habillement, composé de la veste de l'un, de la chemise de l'autre, etc...

En mars-avril 72, il vient pour la première fois au Cerisier, au groupe du lundi. C'est le moment de la crise institutionnelle, au dispensaire et au foyer et il est du groupe des "Casseurs", sur un mode mineur toutefois. En fait, les liens qu'il établit avec les B... lui permettent d'échapper à la solitude et à l'abandon qu'il éprouve alors et dans l'illusion d'un "pouvoir à prendre" il cherche une identité qui nierait sa propre folie. Mais très vite, plus vite que les autres, cette situation conflictuelle et l'hésitation que montrent alors les soignants l'angoissent, de même que l'homosexualité violente qui marque sa relation aux B... C'est lui qui dit à Hochmann : "Je ne peux m'en sortir qu'en devenant psychologue ou truand". Il multiplie les ivresses et les gestes suicidaires et brutalement, une crise psychotique aigue d'angoisse dissociative oblige à l'hospitaliser, délirant et confus. Au pavillon d'urgence, où il est d'abord admis, pour échapper à une panique paranoïde, il se jette par la fenêtre. Si cette tentative de suicide ne lui cause que peu d'ennuis somatiques (fracture - tassement de colonne sans complication) elle le conduit cependant à l'hôpital psychiatrique où il restera jusqu'en octobre, de façon intermittente (nombreux départs, fugues, retours dans sa famille ou au dispensaire), mais assez stable. Pendant son séjour à l'hôpital, ou pendant ses sorties, il viendra quelques fois, en été, au groupe du lundi soir, y participant alors activement.

Début octobre 72 donc, il demande à plusieurs reprises, à loger au foyer, expliquant qu'il ne supporte plus de rester à l'hôpital ni de vivre seul dans une chambre comme auparavant. Il veut rentrer immédiatement, passant outre une réalité peu engageante : le foyer est en chantier, il n'y a pas de chauffage. Il dit vouloir travailler lui-même à son installation.

Cette demande de Philippe va poser aux soignants et aux soignés plusieurs problèmes. D'abord, Philippe est officiellement hospitalisé : il vient au Cerisier en permission, parfois en fugue, et le souci, des soignants surtout, est alors d'éviter les conflits avec l'hôpital, conflits souvent violents jusqu'ici et créés par une rivalité aigue d'où les projections, de part et d'autre, ne sont pas exclues. Faire comme si les fugues allaient de soi, - ce qui va dans le sens, d'ailleurs, du clivage que tente d'introduire Philippe - serait accroître la rivalité et confirmer le sentiment des "gens du dedans" qu'ils ne sont bons qu'à recueillir les "échecs du secteur". Aussi un soignant raccompagnera-t-il Philippe à l'hôpital, après ses fugues, en essayant de parler de son attitude avec l'équipe hospitalière.

Mais l'inquiétude devant la demande de Philippe est surtout ailleurs : Philippe apparaît très fou, partant dans tous les sens, et le groupe du lundi soir éprouve d'emblée l'angoisse de ne savoir comment le contenir ; à l'inverse, l'intensité de la demande, et le désarroi profond de celui qui la formule, exercent une sorte de fascination qui renvoie, bien sûr, à un idéal de toute puissance thérapeutique, capture imaginaire. Sch... surtout, leader des malades, voit dans "ce désir de s'en sortir", qui suscite chez lui un "désir de guérir" très idéalisé, une sorte de preuve de bonne volonté, fourche caudine sous laquelle se doit de passer un nouvel habitant. Sch... est très vite d'accord pour l'entrée de Philippe au foyer mais l'ambivalence reste grande chez les autres malades.

Les soignants eux aussi sont divisés ; si l'angoisse est commune devant la folie de Philippe et le sentiment de ne pas savoir où le rencontrer, la réponse donnée est différente. Certains, dont je suis, voudraient qu'on comprenne d'abord un peu mieux la demande : bref qu'on puisse se raccrocher à un sens avant de faire. Démarche valide sans doute, et j'argue de la connaissance que j'ai de Philippe pour l'avoir connu à l'hôpital, mais aussi défensive. A cette compréhension préalable, l'autre partie de l'équipe oppose, avec Sassolas, une attitude différente : d'abord suivre le patient dans son symptôme, l'accompagner dans ce qu'il fait (ici les fugues de Philippe, mais aussi ses travaux au Cerisier). Plusieurs réunions du mardi seront animées par ce débat, parfois très vif. C'est la seconde attitude qui sera adoptée, non sans une référence à Bettelheim, dont la Forteresse vide inspire alors profondément l'équipe. Sassolas nous propose un mardi une sorte de parabole, (référence christique mais nous fonctionnions bien un peu, alors, sur ce mode !) tirée d'un cas clinique de Bettelheim : "une petite fille psychotique ne pouvait manger car elle se servait de ses mains pour se boucher nez et oreilles. Que faire ?" L'équipe est perplexe... "On lui boucha les oreilles et elle accepta de se servir de ses mains pour manger..."

Donc on accepterait Philippe au foyer, en vivant avec lui fuites et rapprochements. Reste à souligner qu'au-delà du débat idéologique, l'équipe avait le désir que le Cerisier redémarre, en effaçant ainsi l'amertume des derniers mois. Que Philippe soit un grand psychotique n'était sans doute pas sans stimuler un narcissisme bien éprouvé auparavant. Mais ce sentiment ne fut pas reconnu, en ce moment là.

Au groupe du lundi, on propose alors à Philippe, de venir d'abord la journée, et d'installer pendant ce temps la chambre qu'il occuperait ensuite - "Comme on fait son lit, on se couche..." lui est-il dit -. Des soignants viennent régulièrement travailler avec lui et l'accompagnent dans les démarches qu'il entreprend pour se procurer un moyen de chauffage. Philippe investit avec enthousiasme le Cerisier et très rapidement habite complètement le foyer, mettant le groupe du lundi devant le fait accompli.

Une épine irritative demeure, cependant : Philippe avait été mêlé aux évènements d'avril-mai derniers et les soignés exigent alors de lui qu'il ne reçoive pas les B... au Cerisier, et même qu'il se sépare d'eux définitivement. C'était le mettre dans une situation insoluble : les B... restaient, à Villeurbanne, les seuls avec qui Philippe avait quelques liens relationnels. Sous la pression du groupe, il s'engagea un lundi soir à ne plus les revoir mais, le lundi suivant, faute d'avoir pu tenir cet engagement, il revint complètement ivre, et envahit toute la réunion en parlant de son désir de suicide. L'exigence qu'il coupât avec les B... fut abandonnée, mais maintenue celle que ceux-ci ne viennent plus au Cerisier.

Cette entrée de Philippe au foyer, que j'ai développée, car ce malade sera pendant plusieurs mois l'objet des soins les plus intensifs, laisse donc apparaître plusieurs caractéristiques : l'équipe soignante a approfondi à ce propos son mode d'intervention ; les malades du lundi soir veulent garder un contrôle sur ce qui se passe au Cerisier (cf. les limites données à Philippe) mais, en même temps, les réticences à propos de cette nouvelle arrivée n'ont guère pu s'exprimer ; sous le couvert d'une décision commune, c'est bien le désir des soignants d'accepter Philippe au foyer qui a prévalu ; enfin, les aspects de séduction mutuelle, et la problématique narcissique, masqués par l'intensité de la demande et le désir de venir en aide, d'être "bon", n'ont pas été ni reconnus ni analysés.

- De nouveaux habitants.

Dans le mois suivant l'arrivée de Philippe, deux autres malades vont venir habiter le Cerisier. Leur entrée est plus discrète ; ils sont apparemment moins malades que Philippe, et leur demande est moins envahissante, moins angoissée aussi. Mais leur rôle va être, chacun différemment, déterminant dans la vie du Cerisier.

Michel C... a quarante ans. Son histoire personnelle s'entoure d'un mystère qu'il entretient : origine imprécise, abandon dans l'enfance, errances, longues années passées dans l'armée. Célibataire, il noue autour de lui des relations fugaces. Chez lui domine le problème d'une dépression profonde, dont il se défend par de multiples passages à l'acte (abandonne brusquement une activité professionnelle, s'ennivre : d'ailleurs, lors d'une hospitalisation récente en milieu psychiatrique, il entreprit une cure de désintoxication, qui se solda par un demi-échec).

Si de la psychose il ne présente aucune manifestation bruyante (pas d'épisodes délirants) il s'angoisse cependant beaucoup devant toute ébauche relationnelle et se défend par une sorte de confusion du langage et par une dérision destructrice. Tout rapprochement avec lui est d'emblée marqué d'une homosexualité intense. Il refuse avec force toute dépendance, se protégeant ainsi contre une menace d'abandon. Dans le même sens, il supporte peu de parler - et que l'on parle - de ce qu'il vit.

En octobre 72 cependant, il se retrouve brusquement sans endroit où vivre : un nouveau conflit vient de le séparer de son milieu d'alors. Par un infirmier de Villeurbanne avec qui il a une relation assez étroite - celui-ci l'avait un peu suivi à sa sortie d'hôpital psychiatrique, quelques mois auparavant - il vient au groupe du lundi et demande à loger au Cerisier. Demande beaucoup moins formulée que celle de Philippe ; mais C... fait moins peur au groupe ... Au contraire, celui-ci est au fond assez soulagé qu'un autre habitant vienne partager la vie de Philippe au foyer.

Quelque temps plus tard arrive Ch... directement de l'hôpital psychiatrique, où il est hospitalisé depuis plusieurs mois. Ch... est un sujet nord-africain de 35 ans. Son histoire pathologique date de 2-3 ans : Ch... avait jusqu'ici tenté de s'intégrer à la société européenne. Il avait un métier stable, et s'était marié avec une femme française ; temps heureux où il allait le dimanche cultiver un bout de jardin en banlieue et poser, en braconnier, quelques lignes dans le canal ! Brusquement, sa femme meurt lors d'une intervention chirurgicale ; elle était enceinte et l'enfant qu'elle portait mourut également. Ch... sombre alors dans une dépression sans fond, abandonne tout travail et se retrouve bientôt à l'hôpital psychiatrique où il se "chronicise" très rapidement.

Plusieurs tentatives de sortie échouent. Ch..., dans son obstination à ne pas guérir, dit l'agressivité énorme qu'il nourrit à l'égard des médecins : il suspecte en effet une négligence médicale à l'origine de la mort de sa femme et de son enfant.

Chez Ch... non plus, pas de symptomatologie psychotique bruyante. Plutôt une régression vertigineuse, une passivité à la mesure de sa colère, et une dégradation physique impressionnante, secondaire à des refus d'alimentation et à des conduites toxicomaniaques (alcool et surtout médicaments ; il demande continuellement du Maxiton, qui lui est refusé bien sûr, mais qu'il remplace par toute une série de psychotropes dont il a constitué un stock secret). Cette déchéance physique lui fait dire avec quelque réalité "qu'il a un pied dans la tombe" ; et c'est par son corps qu'il dira sa souffrance, en tombant et se cassant une jambe ou en gardant des mois durant une plaie dans le dos.

Sa venue au Cerisier est surtout suscitée par Sassolas, qu'il connaît déjà pour l'avoir vu au dispensaire de Villeurbanne. En effet, devant l'échec de la prise en charge hospitalière, et en accord avec le médecin qui le suit au Vinatier, on propose à Ch... de venir vivre au foyer une situation concrète où il aurait à manipuler avec d'autres une réalité dont il a choisi de s'éloigner. Ch... accepte, mais en offrant d'emblée son corps à soigner. Le groupe du lundi soir est lui quelque peu réticent, inquiet par le poids de la passivité de Ch... et sentant sous celle-ci l'intensité de la haine. Mais les premiers jours au Cerisier se passent bien et cette gratification reçue par le groupe aide à l'acceptation de Ch...

Fin 1972, ils sont donc trois à vivre au foyer. Non sans heurts, non sans rivalité mais avec, aussi, le sentiment d'habiter leur maison, d'être chez eux. Ceci pris en compte, comment se soignaient-ils ?

- Le Cerisier : une maison, un lieu de soins.

Pour Philippe, Michel et Ch... le Cerisier est devenu maison à plusieurs titres : ils n'en ont pas d'autre, ils paient un loyer (100 F par mois), ils ont chacun aménagé un espace propre. Ou plutôt un territoire que les autres doivent respecter : car c'est à nouveau le partage qui est difficile, entre Philippe et Ch... surtout. Réapparaissent les mêmes problèmes de clefs : Ch... passera une nuit dehors pour avoir oublié la sienne et les autres habitants ne l'entendront pas frapper aux volets ! La rivalité se vit au travers des détails quotidiens (qui fait à manger, qui fait la vaisselle, le ménage ?) et s'exacerbe dans les relations d'argent : Philippe, recevant de l'argent de son père, parle de "sa bouffe", et mange alors seul ; mais que cet argent soit dépensé et les autres refuseront que Philippe partage leur repas. Rivalité qui conduit parfois à des conflits violents (quand le vin s'en mêle) ou à une passivité défensive : ainsi le Cerisier croulera-t-il parfois sous la crasse et les ordures, plutôt que l'un des habitants entreprenne un nettoyage. Mais cette rivalité à l'intérieur (que la réunion du lundi soir tente de dévoiler et de faire accéder à la parole) se change ainsi en solidarité vis-à-vis du dehors : par rapport au groupe du lundi, à l'équipe soignante et au voisinage surtout (toujours inquiet devant "ces gens en liberté") Philippe, Michel et Ch... se sentent unis, partageant les mêmes choses, et se réparant mutuellement. Le Cerisier devient, plus qu'un lieu d'habitation, un pôle commun d'investissement, objet d'identification narcissique. Si l'apport narcissique ainsi réalisé est un gain considérable pour la restructuration de ces patients, il rend plus difficile en revanche le travail d'élaboration entre les habitants et le groupe du lundi, les habitants et les soignants.

Car, en même temps que maison commune, le Cerisier est aussi institution soignante, porteuse par là d'un projet thérapeutique. Point fondamental que cette contradiction vécue par les habitants entre un espace dont ils disposent, qu'ils payent, qu'ils manipulent à leur gré, et un lieu de soins qui implique un référent thérapeutique, une présence tierce, par là en butte à leur désir omnipotent, leur souhait d'exclusion, et qui oblige à la reconnaissance d'une dépendance.

Que le Cerisier soit lieu de soins se révèle dans les visites qu'y font régulièrement soignants et malades du groupe du lundi soir. Visites quotidiennes, un repas partagé dans la semaine : cette "condition de présence" (Racamier) assurée par les soignants, est le résultat de l'analyse des mois précédents où l'abandon et la solitude avaient semblé en partie à l'origine des difficultés du fonctionnement du foyer. Mais ces visites sont reçues par les habitants dans l'ambivalence : à la fois désirées, et rejetées car signifiant justement la dépendance. D'où les portes fermées,

les absences au moment de notre venue, les refus de sortir de la chambre : nous percevons rapidement ces réticences et elles suscitent en nous la gène de pénétrer dans un espace étranger. Chez qui allons-nous ? Chez eux, chez nous ? Jacques, psychologue, qui va le plus souvent au Cerisier, ressent bien ce malaise qui oblige à des visites assez courtes. Ainsi, vers la fin de l'année, une certaine lassitude se ressent chez nous devant un formalisme grandissant des rencontres qui ne sont que trop rarement l'occasion d'une parole partagée et qui échouent souvent à éclaircir les relations conflictuelles vécues par les habitants entre eux. Mais peut-être est-ce nous qui désirons la lune ! En tout cas, que nos visites, même aussi formelles, deviennent soudain moins fréquentes et l'aggravation brutale de Philippe et Ch... vient nous rappeler l'intolérance au moindre abandon.

Pour mieux saisir la réalité du travail alors entrepris au Cerisier, il faut se pencher sur chacun des habitants, et suivre un peu son évolution pendant cette période.

Philippe est un peu le centre des soins et la prise en charge s'organise autour de lui. Il ne s'agit pas ici de retracer tout le travail thérapeutique entrepris à son égard car il déborde largement le cadre du Cerisier. En effet Sassolas, et à un moindre degré, Jacques, le suivent de manière intensive, tant au foyer qu'au dispensaire, en entretiens réguliers, en rétablissant les relations avec sa famille. Ce sont eux, mieux que moi, qui pourraient et devraient, écrire l'histoire de ce traitement.

Au Cerisier et au groupe du lundi, Philippe, tant par le caractère bruyant de ses symptomes que par l'investissement massif réalisé sur lui par le leader médical, fait un peu figure de Mary Barnes à Kingsley Hall. Même avidité même peur panique d'une relation étroite. Et dans le projet thérapeutique à son égard se lit bien une sorte d'équivalent d'une "descente" nécessaire à une "remontée" ultérieure, sans que pourtant les théories de Laing soient, pour l'équipe, un référent indiscuté. Va dans ce sens aussi notre accompagnement dans ses "symptômes": il dilapide en quelques jours l'argent que lui envoie son père et nous essayons de comprendre avec lui, en lui prêtant au besoin quelque somme ou en l'aidant à s'acheter quelques vêtements indispensables, pourquoi il ne peut rien garder qui vienne de son père ou d'une figure paternelle ; il exige, à quelques jours d'intervalle, de changer de médicaments et on lui laisse ce maniement du traitement (quitte à ce qu'il enterre dans le jardin du foyer des ampoules de neuroleptique retard dont il ne veut plus), assignant ainsi aux médicaments un rôle d'objet d'échange entre lui et nous, échange dont on puisse parler. Lui-même demande des perfusions d'anxiolytiques, faites au dispensaire par une infirmière : il semble vivre par là une sorte de passivité permise qui le rapproche de nous tout en le protégeant.

Quelques fugues à Paris, dans sa famille, montreront son désir que ses relations avec ses parents soient prises en compte et Sassolas verra à plusieurs reprises le père et l'oncle.

Mais au Cerisier, Philippe est bien d'abord l'enfant des soignants et du groupe du lundi. Il revit là à la fois son désir d'être le seul, sans partage et l'angoisse que suscite cette omnipotence qui l'a fait rejeter de sa famille. D'où un continuel mouvement de rapprochement et de mise à distance ; dans l'incertitude où il est d'un espace qui lui soit propre, il barricade sa chambre. Sassolas y entre, un jour qu'il était inquiet de l'état de Philippe : un écriteau, rageusement épinglé sur la porte, dira le lendemain : "on n'entre pas ici comme dans un moulin...".

Mais il n'y a pas que les soignants officiels pour s'occuper de Philippe. Michel C..., l'un des autres habitants, s'est rapiement attaché à lui, d'une manière très maternelle ; il réalise par là ce rôle de "mère-aubergiste" que réclamaient tellement, auparavant, les soignés. Ainsi raconte-t-il un lundi soir, que le jour précédent, Philippe, très angoissé, ne pouvait rien manger. Rien ne passait. Michel a alors l'idée d'aller lui chercher de la blédine. L'épicier lui demande : "Pour quel âge ? Vous savez, il faut faire attention ; pas de chocolat avant 8 mois...". Et Michel : "Je ne savais que dire... Je lui ai vite donné ses sous et je me suis tiré...". Philippe eut sa blédine de la main de Michel... En fait, ce rapprochement entre Michel et Philippe était le plus souvent rapporté, le lundi soir, sous un jour homosexuel qui, s'il existait, angoissant alors beaucoup Philippe, servait aussi de défense à l'abord d'une relation beaucoup plus archaïque et primaire.

Parmi les malades du lundi soir, Sch..., l'un des leaders, s'attacha également beaucoup à Philippe, l'invitant chez lui (rare privilège) et discutant des heures avec lui. Qu'il fut suscité là par une identification au leader médical n'empêche pas qu'il retrouvait chez Philippe une partie de son histoire (en particulier son attitude à l'égard de son propre père) et il n'est pas douteux que dans cette rencontre, son propre désir de réparation trouva à s'exprimer.

D'autres malades du lundi soir, sans s'engager aussi loin, se mirent à venir régulièrement dans la semaine au Cerisier, pour parler avec les habitants, et ces rencontres spontanées, en dehors du regard des soignants, contribuèrent à renforcer, non sans difficulté, on le verra, le désir d'autonomie de chacun.

- Essai d'un premier bilan

En revenant à Philippe, peut-on faire un bilan de la prise en charge réalisée pendant cette période ? Ce bilan doit bien sûr prendre en compte la relation individuelle engagée avec Sassolas. Il faut noter à ce propos que la psychothérapie avec Hochmann (un entretien par semaine), poursuivie pendant plusieurs mois, fut interrompue, par décision des médecins : il sembla que la voie choisie avec Philippe (manipulation ensemble d'une réalité et compréhension de ce qui s'y jouait), avec l'investissement

qui lui était demandé et qu'il exigeait, s'accomodait mal d'une "bipolarité". Il faudra plus loin discuter ce point. Toujours est-il que Philippe vécut assez mal au début cette séparation et qu'il reprocha à Hochmann de l'abandonner.

Mais, en s'en tenant aux réactions manifestes de Philippe, ce qui apparut à l'issue de quatre mois de traitement, fut l'atténuation de la symptomatologie bruyante. Philippe était moins manifestement fou, il ne se suicidait plus, il avait moins besoin d'une reconstruction du monde imaginaire et mégalomaniaque. En somme, il avait moins besoin de ses symptômes fous pour vivre et inversement son attitude renvoyait moins, pour autrui, à un kaléidoscope étrange, dans la mesure justement où un sens pouvait être appréhendé et restitué à lui au travers de ses actes (ainsi tout un travail fut-il effectué concernant l'argent du père et ce qu'il en faisait). Mais, moins encombré par ses symptômes, il restait aux prises avec son manque, sa dépression, ses sentiments de haine à l'égard des rivaux, son incertitude quant à une existence propre ; tous sentiments qu'il vivait au Cerisier avec une accuité dramatique. S'engager dans une solution thérapeutique, c'était donc accepter de vivre l'amour et la haine, et d'abandonner en partie un monde imaginaire et fou, façonné par son seul désir omnipotent. Cette voie difficile fut souvent abandonnée, Philippe coupant brusquement la relation, et fuyant à nouveau dans la maladie.

Michel C... est lui, l'objet de soins beaucoup moins intensifs. D'ailleurs il est assez réticent devant toute approche qui se déclarerait thérapeutique et il n'accepte guère de se soigner qu'indirectement. Ainsi est-ce au cours de vendanges faites avec l'infirmier qu'il connait, qu'il pourra le mieux parler de lui. Cette défense narcissique est bien sûr respectée. Cependant, s'il est suivi de façon assez lâche au dispensaire par le psychologue de l'équipe, il investit par contre beaucoup le Cerisier où il est un peu le chef de maison. Mais il n'est pas dans l'isolement relationnel où se trouvent Philippe et Ch... : il garde à Villeurbanne de nombreux amis, il trouve facilement du travail (les deux autres n'y parviennent pas) et se débrouille financièrement. Il sera d'ailleurs le seul habitant à pouvoir quitter assez vite le foyer, même si celui-ci aura été pour lui (il le dira par la suite) "sa maison", un endroit où il aura vécu et intériorisé une expérience chaleureuse.

Avec l'équipe soignante et le groupe du lundi sa relation est toute d'évitement, de mise à distance ; il refuse, par l'ironie, que soient parlées le lundi soir les difficultés des habitants du Cerisier. Autant que l'obstination mise à ne jamais répondre à un désir venant d'autrui (ainsi en fut-il d'un fait concret : la réfection de la cuisine du foyer. Longtemps le groupe le pressa d'effectuer ce travail ; Michel ne fit rien ; mais alors que tout le monde avait fait son deuil de cette réparation, la cuisine se trouva refaite à neuf un lundi soir !) il manifeste par là que ce qui se passe à l'intérieur ne regarde pas les autres. Attitude qui suscite en retour

une franche agressivité des malades du lundi soir mais aussi de certains soignants.

Si le séjour au Cerisier a servi à Michel C..., c'est surtout, à côté des relations thérapeutiques indirectes soulignées plus haut qui en préservant son narcissisme lui ont permis d'investir lui-même, sans trop de danger, qui il voulait, par le rôle qu'il joua auprès de Philippe. Rôle maternel et fraternel, par lequel en réparant, en pouvant donner à autrui de bonnes choses, il se réparait en même temps, se découvrant ainsi autre que sa dépression profonde le faisait se représenter. Il y eut ainsi chez lui, au début de la vie commune au Cerisier, un grand moment d'espoir où il crut que Philippe serait vite guéri. Mais il fallut déchanter et Michel C... vint un lundi soir, les larmes aux yeux, dire son sentiment d'impuissance et sa tristesse. Qu'il ait pu, ensuite, continuer à aider Philippe montre que son attitude, toute imaginaire au début, sut aussi se fonder sur la prise en compte de la réalité. Ce rôle de Michel C... à l'égard de Philippe ne fut jamais verbalisé avec lui ; je crois qu'il ne l'aurait pas accepté. Mais peut-être cette absence de parole fit-elle que les rapports agressifs (non plus l'amour mais la haine) entre les deux malades, aussi évidents que leur relation chaleureuse, ne purent être compris par eux, ou entendus autrement que par des agis.

En février 73, Michel C... part : il a trouvé un travail dans un restaurant de station de ski. Départ triste : il demande qu'on lui écrive et que les ponts ne se rompent pas. C'est un peu avant de partir qu'il refait la cuisine, et ce travail, qui laisse une empreinte de lui au Cerisier, prend aussi un sens agressif par rapport à Philippe : en effet, la tapisserie posée par Michel C... a été donnée par le père de Philippe pour le foyer mais elle est entreposée chez l'oncle où Philippe est, depuis quelque temps, interdit de séjour. C'est là que Michel C... va la chercher, court-circuitant complètement Philippe. Celui-ci sera furieux et pendant les quelques jours suivant le départ de Michel, il ira très mal.

Quant à Ch..., après qu'il ait été quelque temps suivi de façon intensive à sa sortie d'hôpital, il s'installe progressivement, au Cerisier, dans une passivité agressive, vivant un peu à l'ombre de Philippe et supportant mal que ce dernier soit apparemment plus investi que lui par les soignants. Aussi les conflits entre ces deux habitants deviennent-ils fréquents, tirant prétexte de difficultés matérielles (argent-repas-ménage-etc...). Mais surtout, Ch... ne formule sa demande de soins qu'au travers d'agis : quand son agressivité envers les soignants devient menaçante, il avale une quantité de comprimés qui le rendent complètement somnolent ou, au début tout au moins, il se blesse en tombant, et parvient alors en général, tant son état physique est lamentable, à se casser quelque chose. Ainsi apparaîtra-t-il pendant plusieurs semaines, au foyer et au groupe du lundi soir (où il ne dit rien) bandé et platré : platre qu'il s'empresse de rendre inefficace en le mouillant ou en marchant !

Pendant plusieurs mois, il ne nous parlera ainsi que par son corps, qu'il va faire soigner, plutôt mal, à l'hôpital général, à des consultations où il se fait souvent rejeter. En fait, il voudrait que Sassolas s'occupe lui-même de ses ennuis somatiques (ce qui lui donnerait, comme Philippe, une sorte de place privilégiée) ; au refus de ce dernier, il oppose donc une résistance majeure à se soigner.

Peu à peu cependant, après qu'il ait perçu que les soignants ne l'abandonnaient pas même s'ils ne pouvaient se charger de ses soins corporels, Ch... commence à s'occuper du fonctionnement du foyer. Lui qui était cuisinier se charge de quelques repas. Mais au Cerisier, il est très seul : il a moins d'amis encore que Philippe et peu de liens avec les malades du lundi qui supportent assez mal "cet arabe fainéant". Aussi passe-t-il une grande partie de son temps au dispensaire, où il participe à ce groupe spontané qu'est la salle d'attente.

A l'issue de ces premiers mois, il est difficile de dresser pour lui un bilan : il s'installe encore. Et tout le monde a l'impression que c'est pour longtemps ! Sa passivité rend difficile et frustrante la relation avec lui. Et une inquiétude se fait jour parmi nous quant aux conflits avec Philippe qui deviennent parfois très violents.

Enfin, un nouvel habitant est arrivé, peu avant le départ de Michel C..., Benoît D..., jeune schizophrène de 20 ans, suivi régulièrement par Hochmann en psychothérapie, fréquentant le groupe du lundi depuis plusieurs mois, de façon régulière mais totalement silencieuse. Le plus souvent dans un coin, la tête farouchement baissée, il n'en suivait pas moins avec une attention extrême le déroulement des réunions et un sourire ironique venait de temps en temps animer un visage habituellement impavide. Toute tentative de rapprochement avec lui déclenchait une fuite de sa part et au dispensaire, où il passait toute la journée, il ne s'était animé qu'en participant à un groupe d'enfants. Son activité principale s'avérait être le bricolage et la réparation des appareils électriques ou postes de radio ; il avait là un certain génie, qu'aidait une formation scientifique entreprise comme étudiant à la faculté des Sciences.

Sa demande de venir au Cerisier fut consécutive à un rejet familial : après un conflit violent, son père lui interdit de revenir à la maison. Le groupe du lundi soir accepta rapidement cette demande. Benoît D... s'installe donc au Cerisier, et d'emblée, s'il se rapproche de Ch..., la rivalité avec Philippe est violente. Tous deux sont issus de milieux bourgeois et intellectuels, et Benoît représente un peu pour Philippe l'étudiant qu'il n'a jamais pu être.

La présence de Benoît au Cerisier fut particulière en ceci qu'elle ne s'accompagna jamais ou presque d'une prise en charge individuelle par un des membres de l'équipe. Certes, sa psychothérapie avec Hochmann continuait mais, avec nous, il n'y eut pratiquement pas, du

moins pendant plusieurs mois, d'échange parlé. D'ailleurs Benoît vint très irrégulièrement aux réunions du lundi soir ; ceci fut un obstacle important à la compréhension de la rivalité entre Philippe et lui. Mais il semble que le foyer répondait pour Benoît à un besoin assez particulier : avoir un espace à lui, sorte "d'aire transitionnelle", où il manipule à son gré la réalité, et ce faisant, se reconstruise.

Le Cerisier, une maison, un lieu de soins ? Pour clore cette question - et la longue évocation précédente visait à faire saisir que ce foyer était, pour chacun des habitants, une réalité qu'il manipulait à sa guise, selon ses besoins propres, mais aussi une réalité à partager - j'évoquerai les problèmes que soulevèrent deux demandes d'admission, qui reçurent des réponses différentes mais indiquèrent chacune quelles représentations institutionnelles portait le Cerisier.

En novembre, un jeune malade, F..., demande à venir d'urgence habiter au foyer. Il vient de se disputer violemment avec sa famille et il ne peut loger ailleurs. Il inquiète les participants du groupe du lundi par son attitudes proche de celle des "casseurs" des mois précédents et il les irrite en formulant sa demande uniquement auprès des soignants. Mais surtout, cette demande ne s'assortit d'aucune souffrance apparente. Devant les possibilités qu'il semble avoir de trouver lui-même un logement, le groupe refuse son admission, ne lui accordant que huit jours, fermes, de dépannage. Se manifesta bien là que le foyer ne pouvait être un simple lieu d'hébergement et que la demande de soins, implicite ou verbalisée, était une condition nécessaire pour entrer au Cerisier.

En février, situation inverse. Un ancien malade du groupe du lundi, qui ne venait plus depuis le départ du groupe du dispensaire, arrive en pleine nuit au Cerisier, après avoir vu en urgence Sassolas. Très fou, il se croit ensorcelé, se douche abondamment pour être exorcisé, se sauve à moitié nu dans la rue, est ramené au foyer par les habitants qui s'occupent de lui toute la nuit, de façon remarquable. Le lendemain, Sassolas l'envoie à l'hôpital, n'imaginant pas qu'il puisse rester dans cet état au Cerisier. Cette décision sera beaucoup discutée dans l'équipe, certains l'approuvant, d'autres non ; de toute façon, le maintien de ce malade au foyer aurait impliqué une présence quasi permanente des soignants et c'était alors impossible. Mais par sa venue soudaine, ce malade en pleine décompensation désigne bien que pour lui, le Cerisier représente un lieu où vivre et soigner sa folie, autre chose qu'une maison de dépannage.

- Pendant ce temps-là, le groupe du lundi...

Chaque lundi soir, à l'atelier, le groupe se réunit autour d'une table branlante. Eclairée faiblement par une lampe suspendue, la pièce évoque assez un tripot de poker, au temps de la prohibition ! Les bancs sont brinquebalants mais la participation assidue.

La réunion du lundi soir s'organise en règle autour de la vie du Cerisier, et particulièrement de Philippe. Ce qui obéit d'ailleurs au désir des soignants qu'au groupe du lundi puissent être parlés les évènements de la semaine. Ce moment et ce lieu prennent ainsi figure de tiers médiatisant, permettant d'atténuer l'illusion fusionnelle que partagent les habitants du Cerisier . Les autres malades se soignent donc un peu par procuration, mais, dans l'exigence qu'ils mettent à ce qu'on parle le lundi soir du Cerisier, ils indiquent aussi leur volonté de garder un droit de contrôle sur la vie du foyer. Contrôle suscité sans doute par la rivalité : ce n'est pas sans jalousie que les malades du lundi soir voient l'intensité avec laquelle l'équipe soignante s'occupe des habitants et de Philippe en particulier. Cette rivalité apparaît bien dans la rigueur avec laquelle les loyers sont exigés, dans l'exigence réaffirmée de prendre part, au côté des soignants, aux décisions d'admission, et dans certains "actings" (tel "l'oubli" chez lui pendant plusieurs mois, par un malade, d'une clef du foyer qu'on ne retrouvait plus). F... lui-même, le premier habitant, qui avait prédit les pires catastrophes, supporte mal de se retrouver seul et demande un lundi soir à Michel C... "de venir se chauffer au Cerisier, en apportant son matelas...". Devant le refus qui lui est adressé, il s'emporte soudain dans une colère destructrice contre Sassolas, menaçant de le frapper et de revenir "tout casser" au Cerisier.

Mais cette exigence faite par le groupe du lundi aux habitants qu'ils viennent en somme "rendre compte", est progressivement mal supportée par ceux-ci qui perçoivent l'agressivité qu'elle sous-entend. Philippe surtout n'accepte pas - et il est celui envers qui la rivalité des autres est la plus vive - cette situation : de même que Ch..., il reste dans sa chambre le lundi soir, et Michel C..., lui, arrive souvent très en retard. L'interprétation des fantasmes agressifs par les soignants est donc rendue difficile et l'équipe se posera à nouveau la question de savoir si deux réunions distinctes (le lundi soir et un autre jour pour le Cerisier exclusivement) ne sont pas nécessaires. Ce projet n'aboutira pas.

Il serait faux cependant de ne souligner que l'agressivité dans la relation des malades du lundi soir aux habitants du foyer. Certains, on l'a vu, prennent en effet délibéremment un rôle de soignants. Cette identification qui fonde "la deuxième équipe soignante" comme nous l'appelons, si elle permet, par le soin à autrui, une réparation du sujet qui soigne, ne se réalise pas sans angoisse : preuve en est qu'elle n'est jamais verbalisée, ou alors pour être niée. Comme si grandir et soigner à son tour suscitait la peur d'être puni et abandonné.

L'exemple le plus frappant est celui de Sch..., leader des malades du lundi soir. En même temps qu'il lie avec Philippe une relation étroite et par maints égards thérapeutique, il est pris d'une inquiétude quasi délirante quant à la puissance de sa parole sur autrui et sur le fonctionnement du groupe. Il est persuadé qu'il risque de faire du mal et qu'il peut empêcher les autres de parler. Inquiétude qui témoigne de l'idéalisa-

tion pour lui du savoir et de la puissance médicale (cf. sa propre analyse interrompue) et du risque imaginé à disputer au père médecin idéalisé un bout de la place.

Enfin, cet investissement commun réalisé sur le Cerisier par les malades du lundi resserre les liens entre eux. Moins isolés, ils s'invitent, se revoient désormais en dehors du lundi soir. Certains organiseront même entre eux la soirée du Réveillon. Mais là aussi, en règle, ce rapprochement a besoin d'être nié, détruit devant nous, au moment même où pourtant il s'opère, comme s'il portait la menace d'un abandon de notre part.

Que pendant ces mois d'hiver, le foyer soit devenu pour le groupe un enfant qu'on aime et qui gratifie (les habitants semblent y trouver quelque chose) apparaît bien dans la joie mise, un soir où les bouchons sautèrent, à fêter l'encaissement, enfin, de la subvention de Sécurité Sociale qui comblait pour la première fois le déficit bancaire. Et en février, alors qu'on se demande un lundi soir ce que pourrait devenir plus tard le Cerisier, les malades, libre-associant, manifestent quelle libération de l'imaginaire le foyer suscite. Je crois d'une importance décisive quant à la structuration de ces malades, au renforcement de leur moi, que cet enfant-Cerisier démontre ainsi, en grandissant et en les gratifiant en retour, que toute oeuvre d'eux n'est pas vouée à un échec inéluctable.

Mais l'investissement de "la réalité manipulée ensemble" (c'est-à-dire le fonctionnement du foyer et la vie de ses habitants) montre aussi l'envers de sa médaille : le risque que s'installe un écran qui masque la parole individuelle. D'ailleurs, le groupe du lundi n'est plus comme avant cette histoire chaque semaine recommencée. On dit aussi "que la folie" s'y manifeste moins. Au contraire, les problèmes de gestion prennent souvent une place importante, et le désir d'une partie de l'équipe soignante n'est pas étranger à cette situation. On pourrait voir, dans ce discours opératoire où le groupe parfois s'enlise, une manière de "psychosomatisation" de son fonctionnement.

Heureusement, et à côté de la participation réelle, cette fois, déjà soulignée, de certains malades aux soins prodigués aux habitants du Cerisier, le groupe sort de ce discours opératoire quand surgit la parole d'un nouveau venu qui, lui, exige une réponse à sa demande et ne se satisfait pas de la seule participation indirecte à la vie du Cerisier. Ainsi les moments féconds du groupe du lundi furent-ils souvent créés, en cette période, par l'arrivée inopinée d'un nouveau malade. Comme Pierre, un jeune schizophrène, très dissocié et délirant, demandant aux autres de l'aider dans sa quête imaginaire de nouveaux parents : à plusieurs reprises, cette parole, folle sans doute, permit à de nombreux autres patients d'associer sur leur histoire personnelle, leurs difficultés avec leurs propres parents, bref de tenir cette fois un discours qui les concerne réellement.

Engageant de même une participation émotionnelle directe des malades persiste le lundi soir, mais sur un mode mineur, le conflit avec les femmes de l'équipe soignante. Enfin, le désir, pour les non habitants, de vivre également quelque chose qui soit à eux, face au Cerisier, se révèle dans la fréquentation du groupe d'expression corporelle de François, le jeudi soir (on n'en parle jamais le lundi) et dans l'organisation, en février, d'un séjour en montagne réunissant avec des infirmiers, plusieurs malades. Sortie très investie et préparée au long de plusieurs lundis soir.

Faire le point.

L'équipe soignante, quant à elle, éprouve en février la nécessité de prendre une journée pour réfléchir. En effet, nos réunions du mardi sont, elles aussi, à l'image du lundi soir : on y parle soit de Philippe, des soins reçus pendant la semaine, soit des détails matériels, voire anecdotiques, du fonctionnement du Cerisier, mais chacun se sent insatisfait. Il se dit, ce jour là, une certaine lassitude : après l'enthousiasme des premiers mois de réouverture et la stimulation suscitée par la prise en charge de Philippe, chacun ressent péniblement le formalisme des rencontres, le rituel des soins, l'impression que "c'est toujours pareil et que ça ne vit pas beaucoup".

Mais il se montre clairement, ce jour là, que cette monotonie recouvre en fait des divergences sérieuses dans l'équipe, avec une agressivité mutuelle qui ne pouvait se dire jusque là : le conflit se situe surtout dans un clivage médecins/non médecins ou plutôt "psy"/"non psy". Conflit d'idéal, où les "psy" sont dotés d'un pouvoir tout puissant dont le signe manifeste est "l'interprétation". Au point que les "non psy" ne reconnaissent plus de valeur à leur parole : on interprète ou on se tait. Les femmes de l'équipe, en particulier les assistantes sociales, se sentent exclues, inutiles, et en effet elles se taisent dans le groupe du lundi, ce qui confère aux soignants un caractère monolithique. Ce conflit se révèle également à propos de l'envoi à l'hôpital du malade délirant arrivé en pleine nuit au Cerisier : aller à l'hôpital est considéré comme mauvais, en contradiction avec l'idéal thérapeutique du Cerisier. De même pour le groupe d'expression corporelle, où la parole n'a plus ce rôle central qu'on lui attribue le lundi soir : il fonctionne de façon clivée, sans qu'on en parle aux réunions d'équipe du mardi. A l'inverse, les "psy" ressentent à l'égard des autres une agressivité violente devant leur silence.

Si ce jour là nous avons pu, en parlant de notre agressivité mutuelle, et de ce qui la suscitait, assouplir notre fonctionnement ultérieur et retrouver la souplesse des rôles nécessaire au fonctionnement d'une équipe, il me semble aujourd'hui que nous n'avons pas saisi alors ce qui fondait ce conflit d'idéal : la prise en charge intensive de Philippe par le leader médical. Non seulement en effet, cette relation privilégiée suscitait un sentiment d'envie en même temps qu'elle excluait, mais elle s'offrait

surtout, dans la compréhension psychologique de ce qui s'y passait, comme modèle de soins au Cerisier, modèle inaccessible.

De toutes façons, ce "faire le point" qui démasqua, derrière notre attitude fusionnelle, des conflits violents, nous permit de mieux comprendre, et la sclérose progressive des visites au Cerisier (ce rituel un peu vide empêchait que ne se manifeste l'agressivité suscitée par NOTRE entrée chez EUX), et le fonctionnement monotone du groupe du lundi : nous étions vécus "tous pareils", et en prenant un statut de soignants à l'égard des habitants du Cerisier, les malades s'identifiaient à une "image" toute puissante qui évitait de vivre la rivalité avec nous et protégeait de la haine contre "ceux du dedans".

Fin février ...

Fin février, Michel C... s'en va, après avoir refait la cuisine du foyer. Benoît a participé au travail, ce qui a exacerbé la colère, à son égard, de Philippe, qui assistait passivement à la pose du papier fourni par son père. Benoît et Philippe se sont d'ailleurs sévèrement battus et une certaine violence semble en effet resurgir, avec la peur qu'elle entraîne, au Cerisier. Ch..., lui, est allié à Benoît devant les colères dévastatrices de Philippe.

Mais l'évolution de Benoît fait rester dans l'optimisme : en quelques mois, il a fait preuve d'une autonomie étonnante. Il organise assez secrétement sa vie au Cerisier, ne vient que rarement le lundi soir mais on apprend qu'il a réussi à donner des cours particuliers de mathématiques à un enfant, et ce, au foyer même. Nous frémissons un peu en pensant à l'étonnement des parents devant ce cadre insolite pour l'enseignement ! "Le Cerisier, cours privé", qui l'aurait cru ?

VIII - MARS 73 - AVRIL 73 - LA PROPRIETAIRE VEND SA MAISON - PHILIPPE SE SUICIDE -

- Une propriétaire inquiète - Partir ou acheter

En mars 73, nous apprenons soudain par le régisseur que la propriétaire de la maison de la rue des Charmettes veut vendre. Mademoiselle G... est une charmante vieille dame, ancienne enseignante, dont les cheveux soigneusement coiffés et le camée strict disent la retenue. Elle est furieuse contre son régisseur : celui-ci ne l'a pas prévenu du changement de bail, l'an dernier, et encore moins du genre de locataires qui occupaient les lieux. Une maison si tranquille...

Mais depuis quelques mois, les plaintes des voisins, les menaces de pétition, de non règlement de loyer, l'ont mise au courant !

Mademoiselle G... est un jour venue elle-même, accompagnée, voir les lieux. Elle rencontra d'ailleurs, ce jour là, Sch... qui travaillait au foyer et lui fit faire le tour du "propriétaire" en vantant les mérites de l'expérience. Sch... raconta cette visite le lundi soir, et dit la courtoisie avec laquelle elle se déroula. Il n'avait pas été question de vente.

Mais Mademoiselle G... est inquiète de cette situation. Elle ne veut pas devoir se disputer avec ses autres locataires. Elle fait part au régisseur de son désir de vendre (à partir du 1er avril et en viager) et nous fait transmettre son offre.

Nous sommes pris au dépourvu, à la fois séduits par l'idée de posséder la maison (finie l'angoisse de devoir partir un jour) et effrayés par l'argent à trouver, les démarches à faire. De toutes façons, il faut battre le rassemblement : une lettre est envoyée à tous les participants (anciens et nouveaux) du groupe du lundi, fixant au 2 avril une réunion de discussion.

Ce lundi là, l'atelier du Cerisier est plein à craquer. On se monte les uns sur les autres, les bancs menacent de s'écrouler : en tous cas, la possibilité évoquée dans la lettre d'acheter la maison, a fortement résonné.

Beaucoup d'anciens du premier groupe du lundi reviennent, qui étaient très rarement venus au Cerisier. Al... qui s'était suicidé l'an dernier devant le groupe est là. Michel C... est descendu de sa station de ski pour décider de l'avenir de "sa maison". On fête le même soir une rentrée d'argent dans la caisse du foyer, et les bouteilles de bière couvrent la table.

L'offre de Mademoiselle G... est donc soumise à la discussion. Mais rien ne pourra être décidé : au contraire, après que quelques propositions aient été émises, l'ambiance de la réunion deviendra de plus en plus angoissante et folle.

Au début, certains malades voient dans l'achat, la possibilité de loger définitivement dans la maison, d'avoir un appartement. Les soignants interviennent pour indiquer que ce n'est peut-être pas le but d'un foyer comme le Cerisier. Mais leurs propositions (groupes d'enfants, ateliers, etc...) rencontrent ensuite une agressivité franche. "Si on achète, pas d'étrangers ; c'est à nous...".

Les anciens, qu'on n'a plus vus depuis longtemps, restent silencieux ou manifestement ouvertement un pessimisme foncier. Comment pourraient-ils investir un projet dont ils ne se sentent pas porteurs, et duquel, avec haine souvent, ils se jugent exclus ?

Mais remarquable surtout est l'attitude des habitants du Cerisier : Benoît et Ch... sont complètement silencieux.

Et Philippe est dans un état de panique impressionnant : morcelé, il coupe à tout moment la discussion, ne peut s'asseoir, occupe physiquement tout le groupe, et va même jusqu'à se mutiler : ouvrant les bouteilles de bière avec ses mains, il se blesse et saigne.

Colère dévastatrice devant la menace de devoir partager la maison, de n'être pas le seul. Colère qui fait écho à celle qui l'envahit, en ce début avril, dans sa vie au Cerisier : les bagarres avec Benoît et Ch... se multiplient, Philippe s'enferme dans sa chambre et ne supporte aucune visite. Et ce, dans le même temps où, au travers de sa relation avec Sassolas, il aborde transférentiellement la relation à son père. Mais dans cette violence retournée contre lui, on sent comme un sacrifice, un holocauste.

Le groupe en effet se demande comment pouvoir payer, comment donner. Dans l'angoisse que suscite Philippe - et que nos interventions ne calment pas - un grand psychotique se lève, dit qu'il fera des chansons (il rêve d'être chanteur-compositeur) et en donne un aperçu aux autres : pendant plusieurs minutes, il module, sur des airs différents, le même mot répété "Aime, aime, aime". Un autre malade se lève et propose également sa chanson.

La réunion se termine dans la dépression, après ce moment maniaque. Rien n'est décidé sauf que des contacts seront pris avec la propriétaire pour préciser les conditions de vente et faire repousser celle-ci en septembre prochain.

A la réunion d'équipe, le lendemain, les mines sont grises et ce qui s'est passé la veille augmente plutôt les hésitations déjà visibles chez certains. Mais c'est à essayer de comprendre que nous nous attachons : le plus évident est bien sûr l'attitude des trois habitants du foyer (passive pour Benoît et Ch..., violente pour Philippe) qui montre leur haine à l'égard du projet d'achat, et des intrus qui pourraient venir habiter. Philippe a ainsi empêché que la discussion ait lieu réellement. Frappant est également le rejet agressif des propositions des soignants : comme si les malades (qui veulent d'abord "un appartement") sentaient dans ce projet d'achat une gageure à tenir. La fin de la réunion, folle, peut bien s'interpréter comme une réaction maniaque face à une inflation narcissique, d'autant plus imaginaire que pour la plupart des malades, la somme demandée (12 millions) paraît fabuleuse en regard de leurs difficultés de maniement de l'argent. D'où ce désir de donner, en se sacrifiant, ou en chantant.

Nous n'abandonnons cependant pas le projet mais décidons qu'aucune décision ferme ne sera prise qui n'aura été élaborée dans le

groupe. Si la maison s'achète, ce sera au terme d'une discussion commune : ce projet devient donc une réalité à manipuler ensemble.

Dans ce sens, quelque temps après cette réunion, une rencontre sera organisée avec Mlle G..., chez elle. Y participeront un malade et trois membres de l'équipe. Mlle G... est pressée de vendre mais accepte de surseoir jusqu'en septembre. Elle tient au viager ; nous préférerions un achat immédiat, pensant nous procurer l'argent plus facilement. Rencontre feutrée, mais Mlle G... est peu sensible aux arguments thérapeutiques pour une baisse du prix de vente ! En fait, elle est embarrassée : si nous n'achetons pas, quel acheteur voudra de pareils locataires ? Quant à nous mettre à la porte, ce serait une telle histoire... Rencontre qui se termine par une évocation émue des origines de cette vieille maison dont les plans jaunis sont dépliés sur la table... Rendez-vous est pris dans deux mois. En descendant l'escalier de son immeuble, comment ne pas imaginer, entre nous, pour cette demoiselle, les aléas d'un viager...

La semaine qui suivit la réunion générale fut assez agitée : recrudescence des conflits entre les habitants du Cerisier, le voisinage est plusieurs fois alerté par des bagarres. Le lundi suivant, cependant, l'atmosphère du groupe est plus sereine, assez ludique : la discussion commence en évoquant une poubelle remplie "de merde" qui trône dans le jardin, dans laquelle chacun risque de mettre les pieds et qui vient d'être trainée devant la porte de Solange, en réponse à sa mauvaise humeur. Autant la désignation de ce mauvais objet extérieur que l'évocation au travers de la poubelle, de l'agressivité destructrice et fécalisante, permettent que soient réenvisagés des projets possibles : Philippe et Ch... ce soir là, imaginent avec enthousiasme de monter un restaurant ou une créperie tandis que tout le groupe associe également. Mais on ne reparle ni du lundi précédent, ni des évènements violents de la semaine. En outre, ce jour là est le dernier lundi où s'organise une sortie en montagne prévue depuis longtemps. Philippe y est finalement invité.

A notre réunion du mardi, nous sommes soudain plus rassurés, devant le fonctionnement du groupe de la veille : non seulement les habitants du Cerisier sont revenus, mais leur attitude n'y fut plus destructrice, au contraire. Sans doute se manifestait là une réparation, de Ch... et dePhilippe surtout auquel le groupe fut sensible puisque Philippe fut invité à participer à la sortie. Soulagement donc, et ce au moment où le leader médical va partir en vacances.

La mort de Philippe

" L'HOMME ET SON ECLATEMENT.

Mais alors, qu'est-ce que je fais dans ce monde où la menace a son poids ?

Qu'est-ce que je fais ici ou là ? Paris . . et MERDE tiens !

Alors le je (je-moi) va choisir une sorte de compromis et il n'y a pas d'autre solution : bonheur : humanité . . . .

NOUS N'AVONS PAS DE NOM

Bye, bye, mythe fusionnel. Pas de sauvegarde du rêve fusionnel simplement parce que tout le monde veut d'une fusion idéale qu'il ne réalisera jamais . . .

Qu'est-ce que l' $\frac{VIE}{MORT}$ *___ scission, ANGOISSE EXISTENTIELLE ?*

D'où mon oubli : on a toujours peur de la mort et on fait comme si elle n'existait pas. L'angoisse existentielle, quand on en prend vraiment conscience . . .

POSTULAT N° 1 LE BONHEUR IDEAL, FUSIONNEL, N'EXISTE PAS SUR TERRE PAR CE SEUL FAIT QUE L'OEDIPE TROUBLE TOUJOURS LA FETE (: LE PARADIS : CE REVE) "

Ces mots, extraits d'un texte que Philippe a griffonné sur le mur de sa chambre le soir de son suicide, sont ce qu'il nous laisse soudain de sa mort, une nuit d'avril.

Le jour précédent, dans la semaine qui suivit la dernière réunion évoquée plus haut, une nouvelle bagarre avait éclaté entre Philippe d'une part, Benoît et Ch. . , de l'autre. L'origine n'en fut jamais connue exactement mais l'un des soignants, présent au Cerisier une partie de la soirée, fut impressionné par la violence destructrice qui animait les protagonistes : il resta un long moment à essayer de parler avec eux et s'il s'en alla inquiet, il lui sembla cependant que la haine mutuelle s'était un peu calmée.

Le lendemain matin, un vendredi, nous voyons Ch . . . au dispensaire. Il nous paraît inquiet, traqué, mais ne nous parle pas de la bagarre d'hier soir. Jacques, qui devait rencontrer Philippe ce matin là, surpris de son absence, se rend au Cerisier en début d'après-midi. Philippe est enroulé dans sa couverture, mort. Sa chambre dont la porte affiche toujours "on n'entre pas ici comme dans un moulin", est souillée de vomissures et plusieurs plaquettes vides de somnifères s'entassent sur la table. Philippe porte sur le visage des traces d'ecchymoses et de sang. Un médecin du dispensaire est appelé pour le constat de décès et j'arrive moi-même peu après au Cerisier, envahi d'une effroyable tristesse et aussi avec ce sentiment immédiat qui reste inoublié : "Le foyer, c'est foutu . . . ".

Pendant toute cette longue après-midi, il faudra accueillir l'oncle de Philippe, lui aussi effondré mais jamais agressif et surtout accompagner les policiers et le juge d'instruction, appelés puisqu'il y a eu mort violente, et à qui le voisinage, racontant la bagarre d'hier soir qui s'était prolongée dans la nuit, affirme "le meurtre". Si le commissaire de police, qui travaille régulièrement avec l'équipe de Villeurbanne, fait soudain figure d'un père rassurant (à notre égard et à celui des deux autres

habitants, toujours présents ; nous prendrons ensemble, chez Solange qui est déchaînée et réaffirme le crime, un "pot" bien réparateur), le juge d'instruction, venu plus tard, nous fait entrer dans un mauvais roman policier, exigeant la prise de photos, des relevés d'empreintes, s'étonnant du délabrement des lieux, des "malades en liberté"... Nous lui expliquons le Cerisier, son projet, son histoire, au moment où nous n'y croyons plus ! Enfin, que cette mort ait angoissé les voisins, à la fois excédés par la violence des derniers jours et qui se sentent aujourd'hui vaguement coupables, se révèle dans l'irruption brutale au foyer d'un habitant de la maison : il va voir le cadavre de Philippe, sans que, surpris, nous ne l'en empêchions et s'écrie à notre intention : "Celui-ci s'est fait tuer ; le prochain que vous mettrez ici, c'est moi qui le tuerai".

Benoît et ch... restent au Cerisier, avec nous, pendant de longues heures. Ils devront ensuite aller déposer au commissariat puis coucheront ce soir là à l'hôpital. Leur attitude, ce jour là, impressionne les trois soignants qui sommes à être là : Benoît se réfugie dans une indifférence distante, inaccessible derrière le sourire d'une ironie figée, et Ch... ronge mécaniquement une tête de lapin qu'il s'est fait cuire à midi. Cette machoire noircie, qui trône sur la table de cuisine, n'est-elle pas l'allégorie de ce conte macabre ?

Mais nous-mêmes, outre l'atterrement dans lequel nous a mis la mort de Philippe, sommes taraudés d'un doute : et s'il y avait vraiment eu bagarre mortelle ? Une hache a été retrouvée sous le lit de Philippe, indiquant de quelle angoisse de mort on se défendait au Cerisier. Et nous ne comprenons pas le silence inquiet de Ch... le matin au dispensaire : il avait sans doute déjà constaté la mort de Philippe et n'avait pu nous le dire. Si meurtre il y a eu, comment cela pourra-t-il un jour être réparé ?

Les jours suivants ne calmeront pas notre angoisse. L'annonce de la mort de Philippe, parue dans la presse, a été vite connue de tous. On décide cependant de laisser Sassolas finir tranquillement ses vacances. Le résultat de l'autopsie vient, heureusement, confirmer le suicide. Philippe sera enterré à Paris, et un message envoyé aux parents.

Au soir de cette journée, Hochmann avec qui nous établissons la nécessaire déclaration "d'accident", laisse échapper en manière de conclusion : "On oublie souvent que la schizophrénie, quand on entreprend de la soigner plutôt que de la mettre à l'écart, est une maladie parfois mortelle...".

IX - MAI-JUIN 73 - LE TRAVAIL DE DEUIL - L'AGGRAVATION DE CH... - LA DECISION D'ACHETER LE CERISIER -

Evoquant le deuil d'un malade dans l'institution où il travaillait, RACAMIER écrit :

"Il est probablement difficile de jauger les ressources d'un groupe, tout comme d'un individu, tant qu'il n'a pas affronté le fait de la mort et le sentiment du deuil.

S'il fallait représenter les forces qui jouent dans les psychoses le rôle principal, on ferait bien de leur prêter les traits allégoriques de la Mort. S'il est une puissance inconsciente qu'un psychotique redoute, c'est celle de la destruction. S'il est un fait qui effraie et fascine les psychotiques, c'est celui de la mort. S'il est enfin un sentiment que les psychotiques ont la plus grande peine à vivre et traverser, c'est celui du deuil.

L'apparition effective de la mort dans le champ d'existence d'un groupe de malades mentaux est à juste titre redoutée par ceux qui les ont en charge. Il n'est pas rare en effet qu'une mort en entraîne une ou plusieurs autres de par le jeu complexe de la culpabilité inconsciente et de l'identification fascinatrice, et de par une formidable et paradoxale relance de la course à la toute-puissance. (Entre autres motifs de suicide il y a le désir inconscient de tromper la mort).

Tout comme le font la plupart des parents avec leur malade, les responsables d'institution préfèrent éviter un affrontement qu'ils redoutent. Aux survivants on cherche à cacher les morts quand il s'en produit. Le but est bien simplement d'essayer d'escamoter un problème jugé difficile.

Lorsque le groupe perdit un de ses membres, notre choix fut de mettre ce deuil au grand jour. Peut-on seulement prétendre que ce fut un choix ? Toutes les habitudes insufflées à l'institution voulaient que l'évènement ne fût pas court-circuité. Le choix ne fut donc pas à faire, et, s'il y en eut un, il porta sur la volonté de tenter de réussir l'assomption collective du deuil."

C'est à une attitude assez identique que nous allions être conduits :

Le lundi suivant la mort de Philippe, l'évènement est commenté dans le groupe, sans cependant que soit abordée la bagarre de la veille du décès. Si de nombreux malades sont déjà au courant, d'autres découvrent brutalement ce soir là la réalité. Ainsi ce patient, qui arrive tard au groupe et tombe dans un moment de silence angoissé, demande-t-il soudain : "Mais qu'avez-vous ? Quelqu'un est mort ?"

Ce premier groupe, auquel manque le leader médical, est surtout marqué par le découragement et la culpabilité, que les soignants présents ont peine à interpréter car ils les portent également. Aussi l'agressivité des malades à notre égard, et envers Philippe, ne peut-elle encore se verbaliser : son apparition signera cependant que le travail de deuil s'accomplit, dans l'équipe et chez les malades.

- L'équipe soignante et la mort de Philippe. Le désir de continuer.

Sassolas rentre bientôt de vacances. Pour lui aussi, qui s'était très attaché à Philippe, le coup est très dur et la tentation grande, un moment, d'abandonner.

Pour l'équipe, cette mort suscite une atteinte à un double niveau : celui bien sûr des liens personnels que chacun d'entre nous avait liés avec Philippe (liens d'autant plus étroits que Philippe, psychotique, plaçait en chacun de nous des morceaux de lui-même), mais aussi celui de notre adhésion à une forme de soins qui s'était imposée comme modèle au Cerisier. Atteinte de notre narcissisme de soignants qui se heurte soudain à l'omnipotence de la mort.

Que faire ? L'achat de la maison devient une préoccupation secondaire ; nous sentons d'abord le besoin de mieux comprendre, et de sortir de la culpabilité qui nous paralyse. Car, pour reprendre RACAMIER, "devant ce qui arrive de malheureux à nos malades..., on préfère souvent se sentir fautif qu'impuissant."

Ainsi l'élaboration progressive de la mort de Philippe nous mène-t-elle à quelques réflexions.

La relation d'abord, de ce suicide avec la prise en charge intensive que recevait ce malade. La lourdeur de notre investissement ne risqua-t-elle pas d'être ressentie comme tentative de séduction (en l'occurrence homosexuelle) ? Je repense là, à cette "vicariance" qu'évoque Francis Périer dans la prise en charge du psychotique, et dont le malade ne peut se défaire qu'en opposant à l'autre l'irréductibilité de sa mort. Dans la fascination qu'exerce le grand psychotique sur les soignants, et dans la stimulation qu'il induit de leur toute puissance thérapeutique, bref dans cette "capture imaginaire" la mort devient peut-être le seul "tiers possible", la dernière loi.

Mais, à l'inverse, Philippe meurt au moment où, paradoxalement, il va mieux, où il s'est débarrassé, je l'ai déjà dit plus haut, de son masque de symptômes, pour vivre, mais avec quelle angoisse, une certaine dépression. Dans ce sens allait la compréhension progressive, dans le transfert avec Sassolas, des relations avec son père. Aussi le départ du thérapeute a-t-il pu être ressenti, en ce moment de vérité, comme un abandon.

Aller mieux pour Philippe était justement reconnaître, et non plus dénier, sa difficulté d'autonomie, sa dépendance. Dépendance par rapport à nous, soignants, mais aussi par rapport aux autres malades du groupe. Or, deux jours avant sa mort, survient un évènement important : alors qu'il devait partir avec d'autres patients pour une sortie en montagne, en utilisant l'argent que son père lui envoyait pour cela, il dilapide soudain en un seul soir tout l'argent du père, se payant ses vacances à lui, dans une "bringue" qu'il fait à Lyon avec des hippies rencontrés quelques heures auparavant. Mais ce mouvement à la fois d'autonomie et de recul devant le désir des autres se paie d'une angoisse morcelante, d'autant qu'au cours de cette folle soirée, un rapprochement homosexuel a brusquement réavivé une expérience traumatisante du même ordre, survenue à Paris des années auparavant, mais qui reste inoubliable (cette scène traumatique apparaissait fréquemment dans la psychothérapie avec Hochmann).

Cet évènement sera, semble-t-il, à l'origine de la bagarre destructrice avec Ch... qui deviendra soudain persécuteur homosexuel. Ceci en relation peut-être avec le rapprochement, le lundi précédent, de ces deux malades qui avaient fait pour le Cerisier à acheter, des projets communs.

Enfin, la mort de Philippe ne peut pas s'isoler des perspectives d'achat du foyer. Son attitude, lors de la réunion générale, est là pour montrer à quel point toute idée de partage de cet espace - un espace qui pour la première fois sans doute, lui était propre - réveillait chez lui une haine destructrice. Tout ou rien... Il nous laissait sa mort comme ultime manifestation qu'il voulait à lui seul le Cerisier : nous la reçûmes d'ailleurs comme cela puisque notre premier mouvement fut de penser : on abandonne... Cette empreinte imaginaire qu'il inscrivit au Cerisier, on la retrouve bien dans l'idée de plusieurs d'entre nous que le futur foyer, acheté, aurait pu s'appeler : "Foyer Philippe C...".

Mais c'est en acceptant la réalité de l'absence que pouvait désormais continuer, pour nous, le Cerisier et s'élaborer le deuil de Philippe. A l'issue de notre journée de réflexion, malgré quelques hésitations, nous décidons de continuer. Mais si nous mesurons désormais mieux les risques et les limites de l'expérience, nous divergeons entre nous sur l'attitude à avoir : certains, qui voient surtout dans la mort de Philippe un signe d'abandon, plaident en faveur d'une présence accrue Ainsi la maison achetée deviendrait-elle une sorte de Kingsley Hall où des soignants logeraient éventuellement. Les autres font observer que cette solution reste marquée d'une certaine culpabilité et qu'elle ne permettrait plus que le malade garde une certaine maîtrise de la réalité. Notre présence constante conduirait donc l'institution à un fonctionnement différent : d'ailleurs, dans cette solution proposée est mise en valeur l'expérience régressive, qui n'était pas jusqu'ici le but privilégié du Cerisier. Cette solution sera finalement abandonnée.

Cependant ce suicide nous conduira quand même à une présence plus réelle, moins formelle, au foyer : nous décidons d'institutionnaliser le repas hebdomadaire commun et cherchons comment instaurer au Cerisier des pôles d'activité que nous-mêmes, soignants, investirions, pôles auxquels pourraient se rattacher les patients (l'idée fleurit, un moment, d'un labo-photo !)

Mais les malades vont eux aussi montrer leur désir que, malgré la mort de Philippe, le Cerisier vive. Et ce en acceptant d'abord de vivre le deuil.

- Le deuil dans le groupe.

Pendant plusieurs semaines, le suicide de Philippe est présent dans toutes les réunions du lundi soir. Ainsi se réalise "un vécu collectivement partagé du deuil".

Plusieurs manifestations émotielles se font jour : d'abord la culpabilité ("on ne l'a pas assez aimé...") à laquelle se joint l'idéalisation ("c'était le plus lucide..."). Mais un lundi soir, le poids de cette culpabilité s'atténue soudain quand un malade s'écrie : "Finalement, c'est dégueulasse de se suicider ; Philippe est un beau salaud : il nous a laissés tout seuls...". Cette agressivité enfin exprimée à l'égard de sa mort s'avère libératrice, par contre l'agressivité à notre égard ("Vous êtes de mauvais médecins"), qui masqua pendant longtemps celle envers Philippe, sera dite plus difficilement, et en général par des malades venant irrégulièrement au groupe : comme si les fidèles ne pouvaient haïr.

Si ce deuil peut ainsi s'élaborer, il serait fou cependant de croire qu'il est, encore maintenant, achevé. Au contraire, la mort de Philippe réapparaît souvent dans le discours de malades qui s'aggravent : Thomas, un jeune schizophrène en rechute délirante, me disait récemment désirer ouvrir la tombe de Philippe, persuadé qu'il n'était pas mort ; M..., en pleine bouffée d'angoisse psychotique, alors que depuis deux ans, il allait bien, me dit, un soir récent au Cerisier : "Depuis la mort de Philippe, tout est pourri là-dedans". Pour G... enfin, venu un lundi soir en grand état d'excitation, Philippe reste, par son suicide, porteur de la seule vérité. Par là est à l'oeuvre cette "identification fascinatrice" que soulignait RACAMIER.

Mais pour les malades, (et pour nous), le travail de deuil se réalisa non seulement dans l'élaboration d'un discours, mais surtout peut-être dans des ACTES dont le caractère réparateur permit que le Cerisier vive dans l'absence de Philippe.

Personne, d'abord, ne quitta le groupe. Benoît et Ch... revinrent rapidement au foyer, y reprenant leur vie. Pierre même, ce jeune psychotique dont j'ai parlé plus haut, se proposa de venir habiter le Ceri-

sier. Chacun, stimulé par cette manifestation réparatrice, essaya d'aider à son installation. Mais on ne prend pas facilement la place du mort et après quelques jours, Pierre dut partir, d'autant que sa famille ne tolérait pas qu'il habitât au Cerisier. Cependant, ce départ ne fut pas ressenti comme un échec : Pierre était trop malade pour rester au Cerisier (nous pouvions reconnaître, cette fois, nos limites) mais son passage avait fait figure de don symbolique.

C'est enfin et surtout au travers de la prise en charge de Ch..., quelques semaines après le suicide de Philippe, que se réalisa dans les actes et les fantasmes "l'assomption collective du deuil".

Ch... en effet, réagit au début de la mort de Philippe par une passivité accrue (j'ai dit plus haut son attitude le jour du décès), défense utilisée déjà à l'occasion de la mort de sa femme. Mais bientôt, il s'aggrava brutalement, ne mangeant plus, se délabrant dans son corps et engloutissant alcool et médicaments qui le rendaient en permanence somnolent et confus.

Cette aggravation fut secondaire, je crois, à l'impossibilité qu'il y avait eu, le lundi soir, de parler de l'accusation implicite qui lui était faite par les autres malades quant à la mort de Philippe (qu'on se rappelle la bagarre très violente, le soir du suicide). Plusieurs lundis de suite, Ch... vint au groupe dans un état de déchéance impressionnant : il demandait alors du Maxiton que nous refusions ; les malades, à l'inverse, craignant un nouveau suicide, nous sommaient de saisir d'autorité son stock de médicaments. Nous refusions également ; mais nos visites fréquentes, nos entretiens dans la semaine n'apportaient aucun résultat. Par contre, les disputes avec Benoît se répétaient, tirant prétexte de la vaisselle à faire ou des repas à partager. Un lundi soir, brusquement, avant notre arrivée, Benoît empêche que la réunion se tienne à l'atelier : il a envahi la pièce de toutes ses affaires personnelles (outils, cartons, etc...). Soignants et soignés saisissent, dans cet agi, l'agressivité de Benoît devant leur passivité à l'égard de Ch..., "si on ne fait rien pour lui, notre présence ici est inutile".

Est alors passé avec Ch... un contrat auquel participe tout le groupe : soignants et malades viendront le voir quotidiennement, et l'aider dans les choses matérielles. En contrepartie, il doit accepter d'abandonner ses drogues. Ce contrat est mis à l'épreuve une semaine : si rien ne change, une hospitalisation sera décidée puisque preuve sera faite de l'inutilité de la prise en charge au Cerisier et de nos limites.

L'amélioration de Ch... est alors spectaculaire. Avec un autre malade, il se met à refaire le jardin du foyer, plantant force tomates et fleurs ; activité qu'il poursuivra pendant des mois et où il retrouve un plaisir éprouvé avant de tomber malade.

Mais ce qui a permis cette évolution rapide est bien la participation active des autres malades au travail de soins (comme il en avait été auparavant pour Philippe). Cette participation permet une double réparation:de Ch..., d'une part, qui y trouve le signe qu'il n'est pas rejeté, du groupe d'autre part qui dans l'aide efficace apportée à Ch... éprouve que la mort de Philippe n'empêche plus qu'on s'occupe des vivants.

- On achète ...

La décision prise, fin juin, d'acheter la maison manifeste, enfin, que le deuil se réalise. Décision commune mais voulue, surtout, par les soignants.

La propriétaire, très effrayée par la mort de Philippe, (elle n'était, elle aussi, pas loin de croire à un "meurtre") était désespérée. Comment faire décidément avec pareilles gens ? Pourquoi de tels malades ne sont-ils pas à l'hôpital ? Cette maison lui brulait les mains, désormais. Elle était pressée, très pressée de la vendre. Et à nous, autant que possible. Elle fixa un prix aux alentours de 120.000 F. Nous devions nous revoir en septembre chez son notaire.

Je passe sur les nombreuses expertises et conseils juridiques que nous prîmes pour faire estimer la maison au plus juste prix et trouver des solutions d'achat. Cette activité nous occupa beaucoup avant les vacances ; ses résultats étaient retransmis le lundi soir où l'on cherchait surtout des moyens de financement. Organisations de spectacles, quête publique, tour des mécènes, subventions, les idées les plus sages ou les plus farfelues (telle qu'une demande à Mary Barnes de nous donner une de ses oeuvres !) étaient débattues. Les malades n'étaient pas en reste : plusieurs allèrent demander directement de l'argent, certains à leur patron !

La discussion autour de la formule d'achat mérite d'être analysée : comment concilier à ce niveau le projet initial (manipuler ensemble une réalité) et une différence inévitable, radicale, entre ceux qui ont de l'argent (en règle les soignants) et ceux qui n'en ont pas ? En d'autres termes qui possèderait le foyer ?

La solution trouvée répond, en partie seulement, à cette question. Pour acheter, il fallait constituer une société civile immobilière (S.C.I.), d'un capital de 10.000 F. Ce capital fut divisé en parts, à prendre par les personnes intéressées. Mais donner ainsi la possession du foyer à ceux qui pouvaient investir, excluait du même coup la grande majorité des malades (seuls deux d'entre eux, anciens du groupe du lundi, prirent des parts nominales) : il fut donc décidé - par les soignants qui élaborèrent ce schéma - que l'ensemble des malades se constituerait en Association-loi 1901 ; le président de "l'Association du Foyer des Charmettes" ainsi créée, siègerait de droit à la S.C.I. dont il détiendrait plusieurs parts, achetées sur l'argent de l'association. Constituée définiti-

vement en septembre, la SCI comptera sept soignants, deux soignés à titre personnel et le représentant de l'Association du Foyer des Charmettes. Nous verrons plus loin quels problèmes a suscité dès sa création cette S. C. I.

Enfin, à la question "Pourquoi acheter ?" il est bien difficile de répondre. Chez les soignants, posséder la maison, et dépasser par là l'hypothèque de la mort de Philippe, réalisait le rêve d'une institution indépendante et autogérée qui réaffirmait le projet initial (avoir quelque chose à partager réellement avec les malades). Le désir des soignés de posséder le Cerisier manifestait, lui, qu'un avenir pouvait s'imaginer - le temps abandonnait ainsi son morcellement pour devenir porteur d'une histoire à venir, pour se vectoriser donc -, et que le réel pouvait désormais se saisir autrement que dans l'illusion. Mais ce désir vint surtout, peut-être, en double imaginaire au désir des soignants : tous les malades en effet n'adhéraient pas à cet achat, le croyant impossible ou reculant devant les responsabilités qu'il laissait percevoir. Cependant, les réserves furent peu entendues tant était prévalente l'identification narcissique aux soignants. De toutes façons, c'est dans le deuil de Philippe que se cimenta, pour tous, la décision d'achat.

-Fin juin 73.

Alors que le Cerisier a refleuri, que la SCI s'organise, le groupe se retrouve plusieurs lundis de suite dans une atmosphère de fête. Ch... qui va bien, est devenu le cuisinier du Cerisier. Il envisage déjà, d'ailleurs, de monter rue des Charmettes, un restaurant avec terrasse, dont il serait le chef. Il continue à s'occuper avec grand soin du jardin. Benoît, lui, a trouvé depuis peu un travail régulier de postier, qu'il investit avec humour !

Témoins de ce plaisir partagé, plusieurs repas organisés le lundi soir : à l'un d'eux, où les merguez fumaient, assistait l'équipe de cinéma qui était venue pendant un an filmer des séquences de la vie du foyer. Ces gens de cinéma, alléchés souvent par le jeu de la folie au Cerisier, furent surpris ce soir là par l'atmosphère du groupe et nous dirent ensuite leur impression que le Cerisier désormais "se rangeait" !

Plusieurs nouveaux patients, enfin, arrivent au groupe du lundi. Une malade femme en particulier, psychotique aux nombreux accès maniaques, assiste désormais régulièrement aux réunions du lundi soir et loge de temps en temps au foyer. Mais l'histoire de ces nouveaux venus alourdirait une chronique qui touche bientôt à sa fin. Aussi me limiterai-je dans le rappel des derniers mois, à l'évocation des dernières vacances au Cerisier et à l'analyse des réactions des malades à la constitution définitive de la S. C. I.

X - JUILLET-SEPTEMBRE 73 - L'ETE AU CERISIER - L'ACHAT DEFINITIF DU FOYER -

Début juillet, un débat s'installe dans l'équipe : doit-on fermer ou non le Cerisier ? Même question parmi les soignés. La crainte est grande en effet que Ch..., après les soins intensifs dont il a été l'objet, ressente les départs en vacances de chacun comme un nouvel abandon. Finalement, le Cerisier reste ouvert : à tour de rôle, soignants et malades viendront voir Ch... qui n'ira jamais aussi bien que pendant ces vacances ! Sa dépendance semble même moindre : ses repas, qu'il fait payer -non sans quelque "truandage" ! - sont courrus (j'y ai moi-même dégusté de fameux rognons au madère !) ; il monte même dans le jardin un petit élevage de poules. Bref, il est devenu maître chez lui.

Cependant, là encore, cette autonomie retrouvée sera brusquement niée au retour de son médecin : il s'aggravera en septembre, se droguant à nouveau et régressant, incapable de ne plus s'occuper de rien, et il nous montrera ainsi son refus d'un abandon de la dépendance qui signifierait une séparation.

Mais cette aggravation de Ch... à la fin des vacances est aussi en relation avec un conflit très violent qui l'oppose à Sch... (le leader du groupe du lundi) à propos d'un vol d'argent qui en dit long sur l'ambivalence des malades à l'égard de la SCI.

Celle-ci en effet se constitue légalement en septembre mais on en connaît déjà les participants. Le représentant de l'"Association du Foyer des Charmettes" est élu début juillet, le soir où cette association est fondée (elle paraîtra peu après au J.O.). La composition de son bureau suscitera d'ailleurs une vive rivalité entre malades. Ch... voudrait être secrétaire : il imagine déjà des contacts avec les ministères et les grands de ce monde. Le groupe refuse et Ch... le vivra douloureusement. Par ailleurs survient soudain la candidature, pour le poste de trésorier, d'un malade schizophrène, hospitalisé depuis plusieurs années à l'hôpital psychiatrique et auprès de qui toute tentative de sortie a échoué. Ce malade était l'un des tous premiers du groupe du lundi, au dispensaire. On mesure là combien le foyer restait vivace dans l'imaginaire de ceux qui, apparemment, l'avaient quitté ! Le groupe accepte la candidature de ce malade (il sera trésorier-adjoint) qui reviendra désormais de temps en temps le lundi soir. Trois mois plus tard, il sortira de l'hôpital pour venir habiter au Cerisier.

Donc, au sein de la SCI, outre le président de l'Association du Foyer et les soignants, il y a deux malades, anciens du groupe du lundi et qui ont participé à la création du Cerisier. Leur entrée à la SCI, décidée en juin, s'est accompagnée d'une exigence affirmée de leur part quant au bon fonctionnement du foyer, à l'évitement de la violence, au paiement

strict des loyers. Une sorte de règlement était ainsi imposé, qui nous faisait figure de caricature. Ces malades, en acceptant de posséder avec nous la maison, renchérissaient soudain sur l'ordre et s'imposaient, avec les autres anciens, solidaires, comme "seconde équipe soignante" (le mot est de l'un d'entre nous) face aux habitants du Cerisier et aux nouveaux. Ce mouvement montrait bien que dès lors qu'ils participaient directement à l'achat du foyer, ils ne voulaient pas risquer un échec. Mais dans leur attitude pointait aussi le signe que la prise d'un pouvoir dans la manipulation de l'argent (entrée dans la SCI) se connotait de l'endossement du statut de soignant. Posséder le foyer devenait partager le pouvoir thérapeutique idéalisé des médecins. Cette réaction, qui nous irrita dans sa caricature, eut cependant des avantages : elle permit de mieux mettre en évidence la rivalité entre anciens et nouveaux et elle renforça la gestion directe du foyer par d'autres que nous.

Mais posséder et devenir soignant, l'emprunte de ce chemin vers l'autonomie, vont s'accomplir dans une ambivalence angoissante et c'est par là que je reviens au vol dont Ch... fut accusé.

Sch... en effet perdit son porte-feuille un lundi soir au Cerisier. Il en accusa immédiatement Ch... et se mit contre lui dans une rage terrible, essayant de le faire avouer. Cette colère se tourna bientôt contre nous, soupçonnés de soutenir Ch... ou tout au moins de ne pas confirmer les accusations. Peut-être Ch... vola-t-il le porte-feuille mais l'important est ailleurs : Sch... nous dit ensuite que la somme volée ce soir là était justement les 1000 F représentant sa part dans la SCI. Il avait tiré cet argent le jour même à la banque et devait le remettre le lendemain. Ce soir là, il se le fit prendre et il ajoute que curieusement, il n'avait pas vérifié, en rentrant chez lui, s'il avait toujours son porte-feuille, geste pourtant habituel de sa part.

Ainsi faut-il voir dans cette perte un acting significatif de l'angoisse suscitée chez Sch... par son mouvement d'autonomie. D'ailleurs, comme il fallait, en septembre, que le capital de la SCI soit constitué, Sch... demanda qu'on lui prête le montant de sa part, qu'il rembourserait ensuite progressivement. Son entrée dans la SCI conciliait donc son désir d'autonomie et son besoin de dépendance. Par là se comprenait mieux sa colère destructrice envers Ch... et surtout envers nous.

M..., l'autre malade participant directement à la SCI, résolut autrement son ambivalence : une fois versé l'argent, il ne revint plus aux réunions du lundi soir ni au Cerisier. Comme si la rivalité avec nous, mais surtout avec les autres malades - c'est d'ailleurs lui qui s'était montré le plus ferme dans son désir de réglement - faisait pointer un trop grand danger. S'il réapparut tout récemment au Cerisier, c'est en état de bouffée délirante (déclenchée sans doute par des difficultés familiales). En ce mois de décembre cependant, devant le jardin abimé, il s'emporta contre Ch... ("il a tout détruit ce que nous avions fait") et contre

un nouveau locataire récent, qu'il ne connaissait pas ("On met maintenant n'importe qui, ici..."), montrant par là combien son absence n'avait pas supprimé son désir angoissant de possession exclusive.

Malgré donc ces réticences inconscientes, la SCI est définitivement constituée courant septembre et la maison achetée devant notaire. Journée mémorable : la propriétaire est là, avec trois soignants qui se sont acquis les services bénévoles d'un expert. De haute lutte, nous obtenons d'acheter en viager (solution qui finalement demande le moins d'acrobatie financière) : à raison de 650 F par mois (somme quasi couverte par les loyers des habitants de la maison), le foyer de la rue des Charmettes est désormais à nous. Le groupe fêtera la nouvelle, le lundi suivant, imaginant déjà comment agrandir le Cerisier, ouvrir de nouvelles chambres, et récupérer ainsi toute la maison et le bar, plus tard.

Mais le passage de la location à la propriété me semble poser quelques problèmes nouveaux qui pointeront dans le groupe tout au long des mois suivants. Ainsi les soignants (et les assimilés) sont-ils à la fois interpellés comme tels et comme propriétaires : leurs réponses devront donc se moduler sur ces deux registres, avec les risques de glissement de l'un sur l'autre. Un exemple : un lundi soir de septembre, Ch... demande avec insistance au groupe que soit acheté et placé un verrou à sa porte, comme aux autres chambres. De toute évidence, cette demande s'inscrit dans un moment où ce malade, alors en butte à l'agressivité d'autres patients, veut un espace à lui ; il désire aussi que ce soit nous qui achetions et placions le verrou. Une partie des soignants interprète cette demande en référence à ce qu'elle perçoit alors de la "réalité psychologique" de Ch... mais l'autre partie voitlà un "forcing interprétatif" et replace cette demande dans un contexte locataire-propriétaire. Cette divergence sera longuement débattue dans l'équipe car elle met en évidence les ambiguités que porte évidemment le terme de "réalité". Quoiqu'il en soit, ce soir là, le problème est résolu par F... (le premier habitant du Cerisier) qui organise à la fin de la réunion une collecte permettant d'acheter le verrou de Ch..!

En outre, ce passage à la propriété aura pour conséquence que les problèmes de gestion envahiront pendant un bon moment les réunions du lundi. Ecran, mais difficile à réduire puisque ces problèmes existent réellement. Au travers d'eux cependant se fera jour une rivalité entre malades : les nouveaux venus, en effet, qui n'ont pas participé à la création de la SCI et à celle de l'Association, se sentent en dehors, en partie du moins, du processus amorcé. D'où de violentes explosions de colère où se clamera la toute puissance imaginaire de la folie (en référence à Philippe souvent). D'où également les tentatives de certains de prendre un rôle de contrôle de la circulation de l'argent au foyer : ainsi le poste de trésorier de l'Association que personne ne voulait prendre il y a deux ans, sera-t-il disputé aprement dans le groupe.

Enfin, et je reviendrai plus loin là-dessus, posséder le foyer

et entrer par là dans le réseau d'échange d'argent qui fonde l'ordre social, c'est perdre un peu des qualités "d'objet transitionnel" par lesquelles le Cerisier constituait sa situation de marginalité.

En abandonnant ainsi en partie, pour une adhésion plus forte à la norme sociale, l'espace de l'illusion, le foyer aura sans doute plus de peine à accepter l'agressivité destructrice : c'est maintenant sa propre maison qu'on pourrait abimer. Les réactions de la "seconde équipe soignante" disent un peu cela, de même que la violence récente de M..., membre de la SCI, devant le jardin dégradé, violence qui n'a pu s'exprimer que dans une bouffée délirante. Mais le risque est aussi d'une autre "illusion", aliénante cette fois : faire croire que le pouvoir de propriété est réellement partagé (et peut-être donc le statut idéalisé de soignant), que la possession de l'argent ne détermine pas de différence, et conduire par là certains malades à un "forcing" (moins les suivre, pour le coup, que les tirer), sorte de gageure à tenir. Non plus travailler au renforcement du moi mais risquer d'alourdir le poids de l'Idéal du moi.

Mais je laisse ces hypothèses pour les mois à venir puisque voici la fin septembre et que se termine cette chronique. Un tournant est pris, en effet, dans la vie du Cerisier : la maison est achetée, quelques membres de l'équipe soignante s'en vont alors que de nouveaux arrivent, et de même, certains anciens malades s'éloignent du groupe (Sch..., le leader, recommence une psychothérapie individuelle) mais de nouveaux patients y entrent.

Le chemin parcouru, au terme de ces deux ans, je l'évoquerai dans cette phrase du journal d'Hochmann :

" Comme l'enfant, nous avons été jetés contre les clôtures du temps et de l'espace, pour y découvrir dans l'angoisse les différences et l'identité, le changement et la continuité, la séparation et la communauté, pour y apprendre la solitude et la mort."

ESQUISSE THEORIQUE

"C'est comme la façon que les gens écrivent. D'abord ils vous pondent des pavés de trois quatre cents pages, rien que ça, ça refroidit neuf personnes sur dix, et puis faut voir s'ils en font des manières, et s'ils s'y connaissent pour emmerder le monde histoire de les décourager de lire un peu plus, et s'ils s'arrangent pour que personne y comprenne rien que les "happy few", les quelques vicelards qui sont au parfum, ça fait bien d'être un "happy few" et ça risque pas que le populo il aille y foutre son nez, vous faites pas de soucis, ça restera entre intellectuels, ça restera des histoires d'intellectuels."

Roger GENTIS. Guérir la vie.

Cette esquisse théorique a déjà été amorcée au travers des réflexions qui ont émaillé la Chronique du Cerisier. Elle visera néanmoins à nommer les modes de fonctionnement institutionnel et les mouvements affectifs. Trois parties la constitueront :

1 - Le Cerisier comme institution

2 - Une institution pour quoi faire ? Le travail thérapeutique au Cerisier.

3 - Résultats et limites de l'expérience.

LE CERISIER COMME INSTITUTION

I - REFERENCES INSTITUTIONNELLES

Je définirai le Cerisier comme une institution de soins psychiatriques, à structure communautaire, de secteur.

Institution, le Cerisier l'est bien, tant comme "système de règles qui déterminent la vie des individus" (EVRARD) que comme "forme à travers laquelle une société accomplit une tâche donnée " (GUYOTAT) : ici en l'occurrence, le soin des malades psychotiques, plus que leur renfermement.

Comme institution de soins psychiatriques, le Cerisier ne peut guère s'analyser dans les termes de la psychothérapie institutionnelle. Celle-ci, en effet, renvoie d'abord à la pratique hospitalière de la psychiatrie. H. CHAIGNEAU souligne bien que : "Sans l'asile, la psychothérapie institutionnelle ne serait pas née. La psychothérapie institutionnelle vient révéler un point particulier de la psychiatrie : c'est son exercice public, socialement marginal, collectif et clos". Dans ce sens, le pouvoir administratif, les intérêts divergents entre classes socio-professionnelles, l'idéologie hospitalière ne marquent pas le fonctionnement du foyer comme celui de l'hôpital. Cependant, si, pour reprendre H. CHAIGNEAU "un des principes méthodologiques dans la psychothérapie institutionnelle consiste à mettre en évidence les obstacles au fonctionnement communautaire et à "en parler" ensemble dans le but de faire apparaître le sens de ces obstacles et d'en tirer bénéfice sur le plan relationnel", alors nous faisons nôtre, au Cerisier, ce principe et les régulières réunions d'équipe sont le signe de cette adhésion.

Institution de structure communautaire, le Cerisier s'apparente à plusieurs modèles qu'il intégrera partiellement et différemment au cours de son histoire.

De la communauté thérapeutique, je rappellerai d'abord la description de M. JONES : "Il semble que parfois, sinon toujours, il y ait beaucoup à apprendre en observant le malade dans un environnement social relativement ordinaire et familier, de manière à ce que ses con-

duites habituelles lorsqu'il entre en relation avec les autres gens, lorsqu'il réagit à un choc émotif, puissent être observées. Si au même moment, il peut devenir conscient de l'effet de son comportement sur d'autres gens et si on peut l'aider à comprendre certaines des motivations qui sous-tendent ses actions, la situation est potentiellement thérapeutique. Nous pensons que c'est là la qualité distinctive d'une communauté thérapeutique."

De nombreux travaux ont depuis lors repris ce concept, au travers d'expériences différentes : BLEANDONU ("A la recherche de la Communauté thérapeutique") montre combien une même formulation recouvre des réalités divergentes et BASAGLIA mène à son terme ("Négation de la Négation" : EVRARD) la critique idéologique de la structure communautaire. Pour le Cerisier, si ses formes d'organisation s'apparentent à la Communauté thérapeutique, son fonctionnement, outre qu'il est extra-hospitalier, s'en sépare par la position des soignants qui n'est pas seulement une "observation" renvoyant à la limite à une vision purement "communicologique" mais une participation réelle, concrète, à la gestion et à la vie de la communauté (ce qui s'avère, bien sûr, impossible à l'hôpital).

Par là, le Cerisier se rapproche un peu d'un "home anti-psychiatrique" tel qu'on peut le voir s'ébaucher dans l'expérience du pavillon 21 avec COOPER (Psychiatrie et Antipsychiatrie) et s'organiser ensuite à Kingsley Hall (MARY BARNES : Un voyage à travers la Folie).

De fait, dans les conceptions des antipsychiatres anglais (cycle désintégration-réintégration ou métanoïa de LAING, droit à la folie et refus d'un discours sur le fou qui ne soit que déficitaire) l'équipe soignante trouva à la fois un écho et un référent : dans un sens parallèle allait notre volonté de tenir le symptôme comme mode d'expression signifiant, et de refuser aux "agis" (en particulier destructeurs) la marque d'infamie qui leur est souvent donnée. En outre, "l'Anti" d'antipsychiatrie (anti-hôpital donc) fut, au moins dans les débuts du Cerisier, un signe de ralliement constitutif : je rediscuterai plus loin des effets de cette position qui, après deux ans d'existence institutionnelle, n'est plus aussi absolue. Mais, si pointent des convergences avec les thèses anti-psychiatriques, des différences profondes se manifestent aussi : à aucun moment cette "communauté thérapeutique" ne devint "communauté" tout court, offrant par là, comme à Kingsley Hall, un prototype de nouvelles relations intersubjectives contestataires de la norme sociale. De la même manière, jamais la différence soignant-soigné, au niveau du statut, ne fut abolie bien que le désir fut parfois grand de la nier. Le Cerisier restait donc explicitement un centre de soins, où des malades venaient dire une demande et des soignants l'écouter, y répondre parfois, avec le statut que donne un salaire.

Toujours quant à l'aspect communautaire, le Cerisier s'inspira, lors de sa création,des rencontres avec un foyer ressemblant dans

le XIIIe et de l'expérience de RACAMIER à Besançon (telle qu'elle est, en outre, décrite dans "Le Psychanalyste sans divan"). Mais là aussi, des différences doivent être retenues : prévalence moins grande, au Cerisier, de la loi médicale (peut-être plus masquée cependant) et manipulation plus effective de la réalité par les malades. Nous verrons également plus loin que la distinction soin/traitement que fait RACAMIER, pour être reprise à propos du Cerisier, n'y est pas aussi exclusive.

Reste l'apport de BETTELHEIM et de son "Ecole", que "La Forteresse vide", livre de chevet des soignants pendant plusieurs mois, donne à voir. A cette forme d'institution que j'appellerai "de vicariance" (c'est-à-dire qui se donne délibérément une visée substitutive, en l'occurrence du milieu familial), le Cerisier s'est apparenté d'une part par l'attitude devant le symptôme, d'autre part par le désir de "recréer" un espace bon, gratifiant, que le malade investisse comme sa propre famille manquante. La prise en compte de la violence fera cependant reconnaître le risque de ce mythe.

Institution de secteur enfin. Et par là signe du travail réalisé par l'équipe de Villeurbanne. Je ne veux pas ici retracer l'histoire du secteur ni reprendre un débat trop long à son propos. Je me souviens seulement que mon premier contact avec ce type de pratique remonte à un séminaire que tint Hochmann pour le CES de psychiatrie en 1971. Ma première réaction - sans doute l'envie s'y montrait-elle ! - fut agressive et ma participation d'alors fut l'élaboration d'une critique acerbe où je dénonçais à la fois le faux problème du flic-psychiatre (gag connu) et la fonction idéologique du médecin "hors les murs" ("l'équipe psychiatrique de secteur présente à domicile l'image d'une relation simple, facile, déhiérarchisée. Tout va bien entre nous. Soyez comme nous...". "Et que dire de "l'interrogation psychiatrique" posée à l'école, l'usine, le quartier ? Quel manque vient-elle combler ?"). Cette critique prenait surtout pour cible le livre d'Hochmann, et certaines de ses mystifications. Hochmann, fin politique, m'offrit alors d'aller voir moi-même ce qui se passait à Villeurbanne : j'y suis resté !

Ces critiques restent en partie fondées. On ne peut en particulier ignorer qu'historiquement, la genèse de la psychiatrie de secteur n'est pas neutre, encore moins décidée uniquement par le psychiatre au nom d'un "mieux soigner". On constate en effet que l'établissement du psychiatre dans la cité a lieu au moment où la cité elle-même (lieu du dépliement de la marchandise - LEFEVRE) fait problème. Dans ce sens, l'élaboration concomittente des projets de psychiatrie de secteur et d'urbanisme (1957 : début de l'expérience du XIIIe ; 1958 : code d'urbanisme ; 1960 : mise en place définitive, dans les textes, du secteur ; 1960 : introduction générale sur les plans d'urganisme) n'est pas effet du hasard : au contraire, ce développement sectorisé s'inscrit historiquement dans une politique globale de "l'Environnement" dont il constitue une avant-garde idéologique, avec, comme pour toute idéologie, la fonction probable de

masquer les contradictions propres du projet bourgeois. Les demandes, actuelles encore, d'assistantes sociales de secteur à l'égard de l'équipe "d'hygiène mentale" démontrent, en négatif, cette fonction idéologique.

Aussi n'est-ce peut-être pas non plus par hasard que l'objet privilégié des soins, pour le psychiatre de secteur, est le psychotique. Certes celui-ci a une demande propre et qu'il puisse éviter la chronicisation asilaire n'est pas un mince résultat. Mais son statut "anhistorique" - je crois peu, en effet, au schizophrène signe des contradictions de la société capitaliste ; il est surtout un sujet en dehors de la loi - permet que se développe, à son égard, l'illusion d'une seule approche technique, qu'on essaie sans cesse de perfectionner, et qui évite de s'interroger sur la fonction politique de son propre travail, ici secondaire je le crois encore. Il en est tout autrement, d'ailleurs, quand on a à soigner des histoires dépressives, a fortiori chez des transplantés par exemple. Là, on sent bien que le réel pèse et que notre intervention est parfois dérisoire en regard des conditions objectives des patients. Qu'elle ne fait même que perpétuer le système d'aliénation. Ainsi l'investissement privilégié du psychotique (mouvement qui correspond à l'évolution idéologique et technique de l'équipe de Villeurbanne) a-t-il, pour le psychiatre de secteur, une fonction de refuge : refuge imaginaire où le questionnement du politique (structure du groupe social) ne vient pas troubler la fête.

Mais ceci est du côté du psychiatre. Et, malgré ces critiques, il reste vrai que le malade psychotique formule une demande d'aide qui n'est pas seulement signe de l'oppression sociale (au diable le mythe "rousseauiste"). Cette dimension est toute aussi constitutive du travail de secteur que la fonction idéologique de celui-ci. Le psychiatre a à faire face avec cette contradiction, même s'il en supprime souvent l'un des termes. C'est dans l'affinement de l'écoute à cette demande des malades, que l'idéologie réformiste, globalisante, que porte obligatoirement toute expérience novatrice (elle avait pour nom, à Villeurbanne, "La Psychiatrie communautaire") se transforme en élaboration d'un outil technique, moins ambitieux mais plus adapté (maintenant, "la psychiatrie dans la communauté"). Aussi peut-on reprendre à ce sujet, ces lignes de PAUMELLE :

> "Nous sommes donc aujourd'hui persuadés que c'est à propos des psychotiques que les modalités de l'action communautaire ont pu trouver pour nous une définition plus précise et plus claire.
>
> C'est parce que le psychotique ne peut, bien souvent, verbaliser une demande claire de soins, qu'il ne suffit pas de l'attendre dans une consultation. Il se manifeste par le cri, parfois par le passage à l'acte violent, au moins par des tensions insupportables au niveau de son niveau familial et professionnel. Les psychiatres communautaires doivent apprendre à percevoir cette forme de demande qui est en même temps un refus ; et pour eux, le traitement conjoint du patient et de son milieu peut être étudié et poursuivi.

C'est parce que la psychose est dépersonnalisation que les grands rassemblements de fous que constituent les hôpitaux psychiatriques ont été, à juste titre, contestés par les psychiatres eux-mêmes, et que la relation thérapeutique personnalisée est un des principes essentiels de la thérapie communautaire.

Parce que la psychose est aussi annulation de la durée : la position antidotique, thérapeutique, est fondée sur la disponibilité et la continuité de la prise en charge des soignants (homme de rupture, le psychotique ne tolère pas la rupture).

Parce que la psychose est dénégation de la réalité, nous sommes sensibles à l'organisation pathologique de mondes fermés antithérapeutiques au niveau de toutes les créations institutionnelles, même extra-hospitalières. Ainsi, l'ouverture des institutions sur la société commune devient l'une des préoccupations essentielles.

Parce que la psychose signifie scission, morcellement, position manichéenne, la qualité essentielle du travail d'équipe en psychiatrie se précise ; ce n'est qu'à la condition d'être vécu par le patient comme un tout, à la fois solide et souple mais indissociable malgré les projections scissionnelles du malade, dont la pathologie a fondamentalement valeur d'une contestation de la communauté elle-même, que l'équipe des soignants prend tout son sens. Le psychotique doit être l'objet privilégié de nos soins. L'échec devant cette pathologie ou l'oubli de ces malades signerait, pour nous, la faillite du projet communautaire".

A Villeurbanne donc, qui nous intéresse, ce travail psychiatrique auprès du psychotique a fait développer progressivement plusieurs systèmes de prise en charge, qui répondent d'abord à la demande de présence ("terre ferme" du malade" - RACAMIER) de ces patients et qui ont pour but d'installer un "espace relationnel" assez souple pour que la fuite ou l'abandon ne sanctionnent pas tout rapprochement angoissant. Ainsi en est-il de l'hospitalisation à domicile (H.A.D.), dont on ne saurait cependant oublier le rôle économique : par elle sont payés de nombreux soignants ! Ainsi est-il également du Cerisier, né d'un groupe de consultation.

Mais parler là du développement des soins de secteur, dont le Cerisier est l'un des aspects, oblige à examiner rapidement leurs relations avec le travail hospitalier.

La psychiatrie de secteur, à Villeurbanne, ne s'instaura pas comme un prolongement pur et simple de l'hôpital. Au contraire elle se situa très vite en opposition au système hospitalier, même si le chef de secteur, chef de service à l'hôpital, en était responsable. Celui-ci accepta, en fait, que les fonctionnements intra et extrahospitaliers soient, au moins pour un temps, clivés et ce au prix de rivalités parfois violentes. Il eut raison. En effet, il put ainsi se constituer une équipe extrahospitalière dont le propos était moins l'ouverture de l'institution asilaire que l'organisation, sur place, d'un système de soins. C'est dire aussi, qu'en fonction de ce

clivage (l'hôpital, les médicaments : c'est tout mauvais) cette équipe tourna en sur-régime narcissique. Mais le moteur ne cassa pas ! De toutes façons, je ne vois pas d'autres façons de fonctionner, dans les débuts d'une expérience.

Dans cette attitude d'opposition à l'hôpital, d'autres et fortes raisons : l'analyse critique d'abord et je ne reprendrai pas là les multiples travaux sur l'asile. Hochmann dans son livre a beaucoup développé cette critique qu'il reprendra plus tard (Psychiatrie dans la Communauté) s'efforçant de montrer caduques les trois postulats du traitement hospitalier des psychotiques : "on fait régresser les malades" (mais cette régression obligée, soumise à une triangulation trop précoce, va à l'encontre de la relation duelle, réparatrice, que demanderait le patient ; elle répète au contraire une situation traumatique de l'enfance où le psychotique voyait son environnement l'envahir de désirs étrangers) ; "l'équipe thérapeutique est la base du traitement et elle permet que soit faite la cure des scissions" (mais outre que cette fameuse cure est signe singulier de l'omnipotence des soignants - on voudrait ainsi remplir tous les rôles dont le malade a besoin - elle risque d'aggraver chez le patient un "transfert morcelé") ; "on permet au malade de retrouver le sens des limites" (mais on suscite plus, par là, une sorte de gangue, un "faux self" (Winnicot) qui répond au désir de l'environnement plus qu'il n'est apte à élaborer les désirs et les angoisses).

Ce qui est donc ainsi critiqué, c'est un projet opératoire trop rigide ne permettant pas que le malade se dise dans sa vérité.

Enfin, dans cette condamnation de l'hôpital entrait pour compte le fait qu'aucun des soignants, ou presque, au début, n'avait un pied "à l'intérieur". Au contraire, certains médecins étaient par ailleurs psychothérapeutes privés. Il est intéressant d'observer que les choses ont un peu changé depuis que la responsabilité d'un service hospitalier a été confiée au leader de l'équipe de Villeurbanne : les hospitalisations se font maintenant plus facilement mais il est juste de dire que la critique à l'égard de l'hôpital ne s'en est pas modifiée. Les malades y sont hospitalisés en moment de crise aigue et non pas dans une perspective thérapeutique à long terme. Ce qui s'est atténué, au bénéfice des patients, c'est le clivage du début.

Le Cerisier, quant à lui, est né dans cette opposition à l'hôpital, même s'il avait comme projet de servir de lieu intermédiaire entre l'hôpital et la vie sociale habituelle. Comment imaginer en effet qu'un malade resté longtemps "à l'intérieur" et qui ne possède aucune attache familiale, puisse se retrouver "à l'extérieur" sans éprouver une solitude effrayante qui le fait, la plupart du temps, retourner à l'asile ? Le Cerisier se voulait donc lieu et moyen d'un retissage d'une trame relationnelle. Mais son attitude face à l'hôpital qui était autant le fait de la plupart des soignants que celui des malades (leur investissement du Cerisier était en

effet corrélatif d'une condamnation de l'hôpital) fit qu'une collaboration fut très longue à s'instaurer : au contraire, les hospitalisations furent souvent vécues comme des échecs (qu'on se rappelle le cas de ce malade délirant arrivé en pleine nuit) et, à l'inverse, les équipes hospitalières adressèrent parfois au foyer des malades en catastrophe, pour qui l'essai de vie au Cerisier échoua.

Qu'est-elle, en définitive, ma position de psychiatre travaillant dans le secteur ? GENTIS nous dit : "On a beau dire, travailler à l'asile ou travailler en dehors, le médecin, ça le change pas tellement, et s'il tient tant à se délivrer de l'asile, c'est bien souvent dans l'unique but, pas toujours très clair et pourtant, d'être davantage médecin, d'être enfin un vrai médecin".

Médecin oui, et Hochmann a raison quand il souligne nos parentés avec le médecin de famille (et, ajouterai-je, notre nostalgie à son endroit) : même intervention directe, souvent, dans le réseau familial, même activité de soutien, même réponse aux appels urgents qui nous font quitter l'enclos du spécialiste.

Médecin donc et prenant, pourquoi pas ?, plaisir à fonctionner comme tel ; je vois pour ma part dans l'étendard brandi de la démédicalisation absolue une sorte de tartufferie : soit on reste médecin, prêt à mettre en cause sa propre fonction idéologique et acceptant de vivre la contradiction entre "changer la vie" et "soigner", soit on fait autre chose.

Voici donc quelques années que le secteur existe, à Villeurbanne. Qu'est-ce que ça change au fond, pour le médecin ? Après la griserie du début (on va enfin soigner du psychotique) pointe quelque lassitude : les mêmes malades sont là, ils rechutent également. Aussi a-t-on l'impression que les théories alimentent surtout les soignants et le risque pointe que ne se développe, en contrepoint à cette lassitude, toute une spécialisation des techniques (groupes, ateliers, etc...). Risque qu'un modèle de "compétence psychologique" soit peu à peu investi pour lui-même. Gardons-nous que cette spécialisation ne creuse un sacré fossé et ne confirme le proverbe : "A chacun son métier et les vaches seront bien gardées".

II - LE CERISIER : ELEMENTS D'ANALYSE INSTITUTIONNELLE.

De l'analyse institutionnelle, je reprendrai quelques concepts clefs pour évoquer la structure du Cerisier. Ainsi peut se définir rapidement, dans le fonctionnement d'une institution :

- "l'institué", ou le cadre formel tel qu'il s'est peu à peu établi, avec les règles explicites ou implicites auquel il oblige à se soumettre.

- "l'instituant", ou le mouvement créateur, nécessaire, qui anime l'institution. L'instituant est toujours, de quelque manière, en lutte contre l'institué ; "s'il subit les institutions, il les fonde et les maintient par un consensus qui n'est pas seulement passivité face à l'institution" (EVRARD)

- "les analyseurs institutionnels" qui sont, selon LOUREAU, "ce qui permet de révéler la structure de l'institution, de la provoquer, de la forcer à parler". Je me contenterai ici de la notion globale "d'analyseur" sans reprendre la distinction entre analyseurs "naturels" (le malade symptôme d'une institution par exemple) et analyseurs "construits" (comme l'utilisation, par Guyotat, des médicaments, psychotropes, pour l'analyse d'un système relationnel).

- L'Instituant au Cerisier

Qu'est-ce qui a fondé ce foyer et s'y manifeste encore ? Du côté des soignants d'abord, le désir de créer un lieu protégé, assez accueillant pour que les malades y puissent vivre une relation réparatrice (on verra plus loin comment), assez solide pour que la haine puisse s'y manifester. Ce désir soignant ne peut être séparé du projet global de la psychiatrie de secteur à Villeurbanne (contestation de l'hôpital ; conception générale des soins au psychotique) qui a donc aussi fonction instituante, de même que le référent relationnel (comprendre ce qui se passe entre eux et nous) marqué par le modèle psychanalytique. Cependant le Cerisier naît aussi du désir d'une équipe qui s'autonomise (après plusieurs années de fonctionnement par le groupe du lundi), et qui entreprend de sortir "hors les murs" du dispensaire de Villeurbanne, alors maison-mère.

Du côté des soignés, le Cerisier se fonde d'abord comme un "foyer de dépannage" mais il cristallise aussi plusieurs ébauches précédentes d'un "faire ensemble", apparues à la fin du groupe du lundi. Très vite cependant, par la position prise contre l'hôpital, contre le voisinage aussi, par la participation des malades aux travaux de réparation, le Cerisier devient une maison (avec la référence symbolique qu'implique ce terme) à construire, à gérer.

Mais la dimension instituante fondamentale, et spécifique, qui traverse le Cerisier, réside dans la participation commune, des soignés et des soignants, au fonctionnement et à la gestion du foyer. Ce lieu, investi à la fois dans l'imaginaire et la réalité par soignants et soignés fait ainsi figure d'un enfant commun. De cette sorte de co-gestion, sont preuves le refus de dépendre financièrement d'un organisme de tutelle (l'argent nécessaire sera trouvé par démarches individuelles) et, plus récemment, la décision d'acheter le foyer en constituant une S.C.I. où figurent malades et soignants. Ainsi "la réalité manipulée ensemble" est-elle à la fois tiers médiatisant et territoire commun. Que cette position

soit parfois difficile à tenir, maints évènements évoqués dans la chronique du Cerisier l'ont démontré : l'acceptation du partage n'est pas, en effet, ce qui caractérise au premier chef le malade psychotique ! Et notre question, plusieurs fois formulée - à qui ça appartient ? A eux, à nous ? - était signe de cette difficulté qui spécifie cependant l'originalité de ce foyer.

Cette dimension instituante se double enfin d'une contradiction : cet "avoir commun" ne s'accompagne pas d'une négation de la différence soignants-soignés. Même s'il y invite ! Peut-être, au contraire, la récente acquisition du foyer a-t-elle rigidifié les statuts respectifs en montrant que l'argent et sa possession, qui permettaient donc "d'avoir", étaient du côté des soignants. Par là, pourrait entrer - qui sait ? - au Cerisier la dimension politique jusque là absente comme référent entre malades et soignants. Si cette contradiction pouvait être maintenue et vécue, elle aurait donc elle-même une nouvelle fonction instituante.

De ce qui précède, on comprendra la différence entre le Cerisier et une institution qui se développa parallèlement dans le secteur : l'APPARTEMENT DE POST-CURE.

Quelques mots d'histoire : l'idée d'un tel appartement germe, après 1968, dans l'esprit de quelques médecins hospitaliers du service que le chef de secteur dirige. Celui-ci en prend d'ailleurs la responsabilité et confie à une assistante sociale, elle aussi hospitalière, le soin d'entreprendre les démarches nécessaires à l'ouverture de l'appartement. Après l'échec des initiatives visant à obtenir des subventions privées, une démarche auprès du maire de Villeurbanne permet qu'un logement HLM soit attribué, dans un quartier périphérique cependant où la pauvreté des moyens de transport risque d'accroître l'isolement. Après son ouverture officielle, l'appartement restera trois mois vide : on cherche, à l'hôpital, des malades qui pourraient en bénéficier et on s'interroge sur la formule de fonctionnement. Finalement, il est décidé que les malades qui habiteraient cet appartement seraient, officiellement, en "hôpital de nuit".

Trois patientes, schizophrènes, sont pressenties : il s'agit de malades plus ou moins chronicisées dans le service, qui vont régulièrement au Centre de Réadaptation de l'hôpital. Elles devront payer chacune une contribution au loyer. L'assistante sociale qui a pris en main, quasi seule, l'organisation de la vie à l'appartement, tente de faire participer les malades qui vont s'installer à l'arrangement du logement : mais, ne sachant trop comment se débrouiller, elle fait elle-même, et seule, un inventaire du nécessaire, acheté ensemble toutefois, dans un grand magasin.

Au dernier moment, deux des malades se récusent et seule une jeune psychotique, très investie par le service hospitalier, habitera

l'appartement ; une seconde malade viendra l'y rejoindre quelques mois plus tard, et ensuite encore, d'autres patients. Les malades, en général, ne reprendront pas d'activité professionnelle (mais les difficultés objectives dues à l'éloignement sont considérables), il n'y aura jamais de conflit majeur avec le voisinage mais les relations avec celui-ci seront assez lâches.

C'est au niveau du fonctionnement institutionnel que les différences avec le Cerisier sont frappantes : si les malades participent à la gestion en payant leur loyer, ils ne sont pas réellement responsables de l'appartement. Surtout, les soignants investissent beaucoup plus ce lieu comme un moyen technique (projet imaginaire) que comme un endroit où ils vont partager quelque chose avec les malades. Aussi l'assistante sociale se trouve-t-elle très seule. Qu'elle ait elle-même désiré au début, être sans rival, a sans doute contribué, elle le reconnaît aujourd'hui, à cet isolement. Et elle s'essouffle après une première prise en charge très investie (une fois par semaine, elle et sa famille venaient partager un repas avec les habitants de l'appartement), à laquelle participa au rythme d'une visite par semaine, une infirmière psychiatrique de secteur. Les médecins, ou les "psy" en général, n'ont qu'une relation médiate avec ce qui se passe à l'appartement : un groupe de "contrôle", réunissant à l'hôpital tous les quinze jours l'assistante sociale, des infirmières du service, le chef de service et une psychanalyste, s'instaure ainsi comme "autre scène" et désigne bien, par sa situation et son fonctionnement, à la fois le type d'investissement des soignants quant à l'appartement et le référent, hospitalo-centré, de l'expérience.

On peut supposer, à l'inverse, que cet éloignement des soignants, suscita un vif sentiment d'abandon chez les malades (mais je n'ai pas recueilli de témoignage à ce sujet). Toujours est-il que l'appartement de post-cure, s'il rendit des services certains à des malades en période de crise aigue, refusant l'hospitalisation et s'installant alors pour des séjours assez brefs (Pellet en particulier semble avoir utilisé dans ce sens l'appartement pour quelques-uns de ses patients) vit aussi survenir des évènements dramatiques : le suicide d'abord de la première habitante puis la dégradation des lieux (avec explosion de gaz) par un malade éthylique. Le suicide de Philippe nous a montré aussi, au Cerisier, les limites de tout projet thérapeutique, et l'impasse à laquelle conduit une culpabilité excessive. De toute manière le suicide d'un malade ne se réduit jamais à un signe institutionnel (ou alors cette conception porte la marque de l'omnipotence).

Donc, moins que le suicide en lui-même, c'est la façon dont il fut élaboré qui est significative de l'institution : l'assistante sociale qui était très attachée à cette malade, se sentit très coupable ; l'appartement resta ensuite vide pendant six mois. Et le projet lui-même fut désinvesti. Surtout, ce suicide ne détermina pas de modifications dans la réalité de la prise en charge : certes un infirmer accompagna dorénavant l'assistante

sociale mais les médecins se tinrent toujours à distance. Aussi, quand l'appartement, occupé par un nouveau malade, fut ravagé par l'explosion de gaz, quand se manifestèrent ainsi les signes de l'isolement où se trouvait ce malade, se dessina la fin de cette institution. Un couple, cependant, logea encore dans l'appartement pendant quatre à cinq mois : il y trouva, semble-t-il, bénéfice : il emporta même, à son départ, quelques objets d'aménagement !

Cette faillite du projet d'appartement de post-cure, qui n'annule pas, bien sûr, les services qu'il put rendre, rend donc manifeste ce qui l'oppose au Cerisier : la nostalgie d'un projet opératoire à propos du malade, construit en dehors de lui, élaboré depuis l'hôpital, sans que les soignants ne puissent, ou ne veuillent participer dans la réalité avec les habitants à une histoire commune. D'où l'impossibilité pratique de comprendre ce qui se passe entre soignants et soignés, impossibilité masquée, comme souvent, par un "contrôle" illusoire. Au Cerisier, il s'agit moins de vouloir pour le malade que de l'accompagner dans un lieu où il peut nous rencontrer.

- LE CERISIER INSTITUE.

Cadre instauré par le projet instituant, il est donc l'ensemble des règles qui définissent son fonctionnement.

De l'institué ressortent ainsi la structure communautaire de vie au Cerisier, la qualité des habitants d'être à la fois soignés et locataires, l'indépendance de l'institution à l'égard du circuit traditionnel de soins, sa constitution défensive contre le "dehors" (le voisinage dans la réalité ; le politique dans l'ordre symbolique), sa caractéristique d'appartenir à la fois aux soignés et aux soignants qui y travaillent. Institué car aux périodes de crise, le groupe défendra ces éléments comme principes fondateurs.

A l'institué aussi appartient le type de soin donné et reçu : non intervention sur le symptôme, maîtrise, laissée au malade, de la demande médicamenteuse et de la présence aux réunions.

Mais ce cadre institué a lui-même changé tout au long de l'histoire du Cerisier : après la "période F..." où le foyer était plus un lieu de dépannage et qui se termina par l'explosion de violence conduisant à la fermeture temporaire, la "période de Philippe" fut celle de la concentration massive des soins sur un malade-phare. Le suicide de Philippe instaura la "période de deuil" où la prise en charge intensive de Ch... s'opéra dans la reconnaissance, jusque là non faite, de nos limites thérapeutiques ; quant à la période actuelle, marquée par l'achat de la maison et la constitution de la SCI, nul ne peut dire ce qu'il en adviendra.

Ces différentes périodes - et c'est là un caractère propre au fonctionnement institutionnel - se sont à chaque fois développées comme un compromis entre la demande des soignés et la réponse des soignants. Un signe manifeste de ce compromis est par exemple le changement de nos attitudes, et de notre intervention au foyer après la reconnaissance de la violence comme marque d'une demande (cf. mai-juin 72 et la mort de Philippe). Cette évolution possible du cadre institué - le Cerisier grandissant qui modifie, au feu de la réalité partagée, le projet initial - me semble signe de création.

Mais si l'institué est l'ensemble des règles explicites, il recouvre aussi les modes implicites de fonctionnement. En ce sens, l'articulation de la vie institutionnelle autour de deux pôles (les habitants du Cerisier, le groupe du lundi) crée dans le fonctionnement du Cerisier un circuit institutionnel dont j'ai déjà souligné le caractère contraignant : les habitants du Cerisier sont invités, le lundi soir, à un "rendre compte", témoin du contrôle que les malades du groupe entendent garder sur la vie du foyer. De manière identique, l'arrivée d'un nouvel habitant au Cerisier doit d'abord être, théoriquement, discutée le lundi soir, par l'ensemble du groupe. Celui-ci exige d'ailleurs implicitement qu'une demande pressante de soins soit formulée par le postulant (cette attitude est même assez rigide chez certains malades, dont le leader Sch..., qui attendent en fait du nouveau venu qu'il leur renvoie une image soignante idéalisée d'eux-mêmes). Récemment, un malade qui voulait habiter au Cerisier se heurta, le lundi soir où il fit sa demande, à l'hostilité des habitants, alors que l'ensemble du groupe semblait d'accord. Qui trancherait ? Il fut un moment admis que c'était au fond à ceux qui avaient à vivre ensemble (les habitants du Cerisier) de décider. Mais les malades du groupe réagirent, très violemment pour certains, se sentant surtout exclus d'une réalité qu'ils désiraient leur. Une formule de compromis fut adoptée : le malade resterait une semaine à l'essai et on rediscuterait de son installation le lundi suivant. Finalement, il ne resta que très peu au Cerisier.

L'institué encore,se constitue aussi à un niveau imaginaire. Ainsi ce qui cimenta le Cerisier, à côté de la réalité partagée avec les malades, fut l'adhésion à l'aspect marginal de l'expérience, adhésion aussi, au moins dans les débuts, à un clivage qui faisait à la fois idéaliser le traitement du psychotique dans la communauté (avec le risque, aussi, de refuser sa différence et son manque) et mépriser les autres types de prise en charge. Cette adhésion se référait donc à un système d'économie narcissique (sur lequel je reviendrai).

Enfin, toujours au niveau imaginaire, les représentations, que se font les soignants de la psychose structurent également le cadre institué. J'analyserai plus loin ces représentations et les références théoriques qu'elles empruntent. Mais l'important est ici de souligner leur rôle constitutif de l'institution : elles sont en effet le signe d'une production de celle-ci. Production imaginaire, (que ce travail, d'ailleurs, manifeste), à côté de la production de soins.

- QUELS ANALYSEURS ?

- La violence, on l'a vu dans la chronique, émailla souvent la vie du Cerisier. La crise de mai-juin 72 mit ainsi qu premier plan, au foyer et au dispensaire, les "psychopathes" comme "malades-symptômes". En dehors en effet, de leurs propres forces destructrices qu'agissaient ces patients dans leur relation aux autres, leur violence à ce moment là signa que l'illusion communautaire" se révèlait un leurre et un danger. Leurre car la destruction au Cerisier s'accompagna d'une brutale réaction du voisinage (la marque du "fou" était réaffirmée), qui montra son empressement à voir réenfermer les malades. Ce qui tombait donc, en citant LEVY, c'était : "l'illusion de pouvoir, par un simple acte de bonté, dépasser les multiples contradictions...". Leurre également, avec la fermeture du foyer et le découragement de nombreux soignants et malades, car il se manifestait face à la violence destructrice, que la communauté, et le modèle de relations idéalisées qu'elle proposait, ne pouvait, par son seul fonctionnement, contenir la haine.

Danger aussi : dans l'accélération d'une destruction qui, à ne plus trouver de limites, tournait au vertige, la mort devenait fascinatrice, comme un modèle de toute puissance. Les tentatives de suicide furent d'ailleurs nombreuses. "L'illusion communautaire" montrait là un double péril : celui d'abandonner les malades, au nom d'un respect de leur "liberté", et celui de rendre impossible, pour eux, toute confrontation à des limites.

C'est poser pour le Cerisier le problème de la loi (gag institutionnel connu !). On peut, avec Hochmann, différencier une loi maternelle (celle qui, du malade au soignant, permet d'aménager la séparation) et une loi paternelle (celle qui réfère cette relation duelle à un ordre qui la dépasse ; celle qui assigne la place du sujet dans le groupe social, le fait accéder au langage ; celle qui interdit). Au Cerisier, cette loi "paternelle" est piégée dans le désir instituant à partager avec les malades une réalité dont les soignants refusent d'avoir seuls la maîtrise. Aussi la loi interdictrice, pendant la crise de 1972, vint-elle surtout du dehors, portée par les voisins ou le régisseur.

La violence destructrice, cependant, qui fit fermer quelque temps le Cerisier, ne modifia pas radicalement l'attitude des soignants, à l'égard tout au moins d'une position interdictrice. Car si manque il y eut (dans la croyance en "l'illusion communautaire") ce fut surtout du côté de la "loi maternelle" : les soignants ne surent pas montrer avec assez de conviction - ils étaient eux-mêmes paralysés par les projections agressives - qu'ils ne permettraient pas la destruction du foyer. La loi qu'ils réaffirmèrent ensuite en augmentant leur présence au Cerisier, en rendant plus concrète la manipulation de la réalité avec les malades, trouva donc son fondement plus dans la protection contre la haine et la mort, que dans l'interdiction.

En définitive, cette loi "maternelle" s'avère ce qui protège, justement, d'une "illusion communautaire" qui nie les différences. Elle permet que la haine primordiale dans le groupe (cf. les problèmes de partage) ne devienne pas destruction inéluctable ; elle tend par là à faciliter un investissement commun des limites.

Mais le suicide de Philippe, survenu plus tard, vient aussi, peut-être, en écho à une autre violence : celle secrétée par une institution de "vicariance" dont le projet mégalomaniaque serait de prendre en charge tous les désirs des patients. Sorte d'inflation de la loi maternelle qui s'érige en seul référent totalitaire.

La mort de Philippe - quelqu'ait été, chez lui, le dynamisme propre de ses pulsions agressives - survint en effet après que sur lui ait été concentré un investissement thérapeutique considérable. J'ai déjà souligné quelles rivalités violentes cela suscitait à propos des autres malades (rivalités auxquelles Philippe répondait en ne venant pas le lundi soir) et quelles difficultés étaient, en contrepoint, ressenties dans l'équipe - le suicide de Philippe eut d'ailleurs comme effet de nous faire mieux apprécier nos propres limites. De cette violence exercée sur le malade par le poids d'un idéal thérapeutique trop lourd, je reparlerai en analysant l'économie narcissique en jeu dans la relation au psychotique. Mais il faut souligner ici, dans notre analyse institutionnelle, que ce risque est particulièrement grand au Cerisier, dans la mesure justement où cette institution se présente comme marginale, unique (chance à saisir pour les malades ?) et qu'elle ne leur permet pas facilement de s'économiser ailleurs.

Cette adhésion demandée au malade (dont l'échec se manifeste aussi dans la rechute récente de M..., l'un des malades participant à la SCI), sorte de violence interne qui lui est faite, sous-tend également la demande angoissée qu'un nouveau malade doit formuler pour entrer au Cerisier. A l'inverse, les patients, qui, semble-t-il, ont le plus profité de ce foyer, ont été ceux qui ont pu, tel Benoît ou Michel C..., se soustraire en partie, sans être abandonnés, au poids de cet idéal thérapeutique.

Pour rester au niveau de la loi, l'évolution récente du Cerisier (achat de la maison) fait intervenir dans l'institution le système des échanges socialisés, donc une référence à la loi paternelle. Effectivement, il est remarquable de noter comment les loyers, jusqu'ici réclamés avec mollesse, sont dorénavant exigés avec fermeté. D'ailleurs la constitution concomittente à l'achat de la maison d'une "deuxième équipe soignante" (au moins dans nos fantasmes), porteuse d'un règlement et d'interdictions stricts quant au fonctionnement institutionnel, manifeste, d'abord dans nos propres attitudes contre transférentielles où pointent la rivalité et l'agacement, et dans les réactions des malades eux-mêmes face à ce pouvoir pris, une référence à un nouvel ordre symbolique.

Outre la violence, et ce qu'elle dessine de la référence à la loi, je retiendrai plus brièvement trois autres analyseurs du fonctionnement institutionnel :

- la prise en compte des faits concrets, quotidiens.

De multiples exemples (les clefs : certaines oubliées par les malades chez eux, d'autres laissées au dispensaire ; l'installation de la douche, etc...) ont montré que sur cette prise en compte se fondait, pour nous, le travail thérapeutique. Le repérage des "endroits où ça parle" sera développé plus loin dans l'évocation du "maniement de la réalité".

- l'attitude du voisinage.

Une enquête récente, réalisée par une sociologue, a pris spécifiquement pour objet d'analyser la relation du Cerisier au voisinage. Les résultats n'en sont malheureusement que partiellement connus. Mais les premières conclusions peuvent être rapportées ici :

> " But : Interroger les voisins immédiats du Foyer pour savoir comment ils réagissent à ce voisinage peu habituel et pourquoi.
> Pour m'introduire : "Je fais une enquête sur le foyer du 53 de la rue des Charmettes...". Volontairement, je reste évasive.
> En général : on est content de me donner sa version sur la mort suspecte ; de me donner des menus détails sur les feux, les interventions de Police-Secours...
> Il se dégage de cette enquête : une grande agressivité. Elle cache la Peur devant les bagarres, le feu, les mauvais exemples, l'impossibilité de prévoir les réactions, face à ce qu'on ne connaît (drogue, etc...)
> Les reproches sont nombreux : ils sont oisifs, vivent de rapine, manquent d'hygiène, sont bruyants ; mais surtout on ne leur pardonne pas leur liberté, ils ne sont pas surveillés.
> Le souhait le plus cher : "qu'ils s'en aillent", est plus crié que dit.
> Les voisins souhaitent que leurs pétitions soient prises en considération, et rapidement. Devant la lenteur des réactions des autorités concernées, ils expriment leur mécontentement selon leur personnalité. Presque tous pensent que cela ne peut plus durer et ne perdent pas espoir de voir le foyer s'installer AILLEURS. "

Ce rejet, dans l'attitude du voisinage (à quelques rares exceptions), à l'égard du FOU, nous en avons eu plusieurs preuves dans la chronique du Cerisier : mais à l'inverse, peu d'entre les soignants auraient sans doute aimé habiter au-dessus du Cerisier ! La mort de Philippe reste la grande affaire : de nouveaux voisins restent persuadés d'un meurtre, et estiment que les "médecins se sont bien débrouillés pour le camouffler".

Car, en dehors du rejet du fou, assez prévisible, c'est l'agressivité violente envers l'équipe soignante qui spécifie les réactions du voisinage. Nous sommes accusés de ne jamais venir, de laisser tomber les malades, voire "d'encaisser à la Sécurité Sociale et de partir en vacances".

Cependant, nous n'avons pas cherché non plus, au Cerisier, à travailler avec le voisinage. Les entrevues avec Solange, la cafetière, ne permirent jamais que put être dépassé une problématique projective. Avec les autres voisins, plusieurs tentatives d'invitation le lundi soir échouèrent : une fois seulement, un habitant voisin vint nous dire son exaspération justifiée (sa porte avait été abimée). Il se calma progressivement pendant la réunion et l'échange qui eut lieu répara beaucoup l'agressivité mutuelle. Pouvait-on travailler plus efficacement avec le voisinage ? Je n'en suis pas sûr. Ce serait une autre illusion de penser que le rejet de la folie peut être supprimé par une prise en charge du quartier. D'autant qu'ici, les problèmes sont différents de ceux qui ont pu être analysés dans "la psychiatrie d'Immeubles" : le conflit s'instaura très vite de groupe à groupe, dans le clivage.

Mais l'essentiel est sans doute que nous-mêmes n'avons pas investi ce travail auprès des voisins ; nous ne croyions guère à son efficacité, et peut-être étions-nous peu aptes à l'entreprendre par notre identification aux malades et à l'institution du Cerisier.

Notre "accession à la propriété" va sans doute modifier la situation car elle signe une installation définitive rue des Charmettes. Les signes ne s'en perçoivent pour le moment que dans nos rapports avec Solange, qui semblent devenir moins conflictuels. Il est vrai que nous sommes son propriétaire et peut-être ce rapport d'argent médiatise-t-il l'agressivité réciproque.

- L'argent.

Sa circulation au foyer (paiement des loyers, etc...) les démarches faites pour l'obtenir, les conflits autour du poste de trésorier, l'achat récent de la maison et la constitution de la SCI en font un élément clef du fonctionnement institutionnel.

Mais trois circuits s'établissent en parallèle :

- argent investi dans l'institution et manipulé en commun par soignés et soignants : dons, subvention de Sécurité Sociale, argent provenant des "AMI 3". Cet argent est géré par "l'Association du Foyer des Charmettes".

- argent-salaire des soignants (si quelques-uns viennent bénévolement, la plupart sont payés soit par vacations DASS soit par le système d'HAD).

- argent capitalisé dans la SCI, qui servit à entreprendre l'achat de la maison. Quant à la rente viagère, elle reste régulièrement à payer : elle est alimentée par le loyer des habitants de la maison (dont ceux du Cerisier qui participent ainsi indirectement à l'achat).

Devant ces différents circuits, plusieurs constatations. L'argent manipulé ensemble apparaît surtout comme un objet utilisé pour que se vive une expérience entre malades et soignants. Il n'est pas un tiers de cette relation duelle. Cependant, il faut remarquer la proposition faite, au début du Cerisier, de payer les travaux matériels réalisés par les malades : la reconnaissance de la valeur marchande du travail permettait que celui-ci ne soit pas référé à une seule situation duelle. Mais cette attitude ne fut pas fixe : n'étaient payés que les malades qui en faisaient la demande.

Assez curieusement, le questionnement de notre salaire est très peu apparu dans le groupe (alors qu'il préoccupait les voisins !). Pourtant, si l'argent n'a pas le rôle, entre les malades et nous, d'un lien relationnel direct (ils ne nous payent pas), il intervient indirectement.

D'abord dans le paiement, par les habitants, des loyers. Le loyer payé montre que le patient arrive à se débrouiller, qu'il répond à l'attente qu'on a de lui. La réticence ou le refus de paiement sont perçus au contraire comme signe de souffrance ou d'agressivité.

D'autre part l'alimentation de la caisse de fonctionnement du Cerisier par l'argent des AMI3 constitue une sorte de passerelle entre un système gratuit où le malade est totalement indépendant et un paiement direct des soignants. En effet, le sacrifice narcissique que détermine le contrôle d'un organisme tiers (cf. les réactions des malades à l'inscription du diagnostic sur la feuille d'entente préalable), instaurant l'acceptation "d'être soigné", contribue directement au fonctionnement de l'institution.

Quant à la constitution de la SCI, elle fait entrer au Cerisier l'argent dans sa dimension de capital (moyen de posséder) dans sa connotation donc avec le pouvoir et l'ordre social. Il y a donc aussi, maintenant au Cerisier, "ceux de la SCI" et les autres : une réunion séparée des membres de la SCI, une fois par mois, à l'issue du groupe du lundi, réaffirme cette différence, que la participation de "l'Association" à la SCI tente d'atténuer. Mais la séparation reste : les difficultés des deux malades qui prirent une part dans la SCI en est la preuve, tout comme le sentiment d'exclusion ressenti par de nouveaux venus, face à ce qui leur apparaît comme un patrimoine inaccessible.

- L'EQUIPE SOIGNANTE.

Par quelques mots sur son fonctionnement, je terminerai cette analyse de l'institution.

Cette équipe se constitua par cooptation. Sassolas en dit l'évolution :

> "Au départ, c'était une consultation, donc j'étais tout seul avec l'Assistante Sociale ; au bout de quelque temps, le dispensaire étant devenu riche, il y a eu une Secrétaire et sans qu'on lui dise de venir dans ce Groupe, spontanément, les choses se passaient de telle manière qu'il était naturel que la Secrétaire passe de son bureau à la salle où avait lieu ce groupe. Puis une Assistante Sociale est venue qui était Assistante Sociale non pas de psychiatrie mais de secteur ; le groupe l'intéressait ; elle aussi s'est assise dans le groupe, petit à petit y est restée et a eu envie d'y revenir. Ensuite, c'est le psychologue qui est venu ; ensuite, un éducateur qui a en même temps des fonctions administratives dans notre Association ; maintenant, il y a également un interne. En fait : je raconte là une évolution qui a duré cinq ou six ans. Il semble en tous cas que la caractéristique de cette équipe est cette cooptation, c'est-à-dire l'émergence de quelque chose non pas à partir d'un schéma pré-établi, ou en référence à des règles extérieures, mais simplement à partir de l'utilisation de la réalité pour ce qui est du patient ou du matériel qu'il nous propose, et pour l'équipe à partir des désirs des gens de venir, de faire ceci ou cela, de participer plus ou moins au Groupe."

Il faut noter également que l'arrivée d'un nouveau soignant fut toujours préalablement soumise à l'acceptation du groupe. Actuellement, l'équipe compte huit à dix membres et l'inflation qu'elle a connue récemment semble en rapport avec une certaine notoriété (!) que s'est acquise le Cerisier. Cette augmentation du nombre des soignants pose d'ailleurs quelques prob lèmes : si l'équipe a perdu, avec profit je crois, de son aspect fusionnel du début, elle reste centrée sur le groupe du lundi soir qu'elle occupe parfois d'une présence envahissante (il nous arrive d'être plus nombreux que les malades). Par ailleurs, son fonctionnement chaleureux et idéalisé a fait que, comme pour les malades avec le Cerisier, il n'est pas facile, pour les soignants, de quitter l'équipe.

Sassolas avait beaucoup insisté, au début, sur l'importance, dans cette équipe, de la diversification des rôles. On verra en effet quelle place elle tient mais le côté un peu formel de cette analyse est maintenant abandonné, au profit de la possibilité de chaque soignant à être, quelque soit son rôle officiel, une personne propre, aux investissements particuliers, que peut rencontrer le malade.

Le fonctionnement de l'équipe s'est établi longtemps autour d'un "leader charismatique", porteur d'un savoir idéalisé, sans toutefois que le référent analytique y prenne valeur absolue. En outre, la différence des sexes s'accompagnait d'une différence de statuts : jusqu'à une date récente, il n'y avait pas de "femmes-psy..." ! Bref l'équipe a longtemps fonctionné sur le mode d'une hiérarchie narcissique, et "l'interprétation", souvent mise en question, n'était pas tant critiquée au nom de sa justesse que de sa toute puissance imaginaire (on la possédait ou non).

L'arrivée de nouveaux soignants, la rivalité qui a pu s'exercer entre nous par nos divergences exprimées tant sur les conceptions de la folie, la dialectique parole/réalité, les risques de clivage que sur telle ou telle attitude à l'égard d'un malade, le feu enfin de la réalité soignante, ont permis, je crois, un fonctionnement plus stimulant de l'équipe, meilleur peut-être pour les malades.

Reste que le pouvoir médical au Cerisier n'est pas mort !

S'il ne s'instaure pas, là, dans la gestion d'un "renfermement", il risque cependant de se perpétuer par l'élaboration d'un outil technique idéalisé, et la construction d'un savoir qui, en oubliant échecs et contradictions, se marque d'une visée totalitaire.

LES CIRCUITS DU MALADE : CERISIER ET DISPENSAIRE

De quelle origine sont-ils, ces malades qui viennent au Cerisier ?

Pour la grande majorité, ils appartiennent à un milieu socialement défavorisé. Leurs difficultés à trouver un travail, et les ennuis financiers secondaires, aggravent cette dépossession. Ils partagent aussi la pauvreté culturelle de leur condition sociale. Les quelques exceptions sont surtout représentées par de jeunes psychotiques issus de milieux bourgeois. La coexistence est parfois difficile : l'un de ces jeunes malades me disait récemment qu'une des raisons qui lui avaient fait quitter le groupe était qu'il se sentait "un intellectuel bourgeois au milieu des autres". Rationnalisation défensive, mais réalité aussi.

A l'inverse, la violence du printemps 72 fut le fait de malades, certes très fous, mais qui apparaissaient aussi comme socialement plus marginaux, encore,que la plupart des autres patients du lundi : eux n'avaient jamais travaillé, ou presque, et ils se situaient franchement dans une position de transgression délinquante (l'hôpital psychiatrique, d'ailleurs, leur évitait souvent la prison).

Si, par leur attitude, ils révélèrent la faiblesse de l'institution ("l'illusion communautaire"), leur refus de participer aux réparations du foyer, et leur violence signifièrent aussi, peut-être, une contestation radicale - de type anarchisant - de la norme idéologique portée par le

groupe du lundi (construire une maison, avoir un lieu : eux n'ont jamais montré, semble-t-il, que le foyer pouvait aussi leur appartenir).

Certes, la production idéologique d'un groupe marginal comme le Cerisier n'est pas facile à cerner. En dehors de l'idéologie du soin (cf. clivage avec l'hôpital, etc...), celle du travail est la plus apparente : travailler est non seulement un signe de santé ; c'est aussi une obligation implicite faite à certains malades ; surtout quand ils habitent le Cerisier. Ainsi F... se verra-t-il proposer avec force quand il logera au foyer, de multiples offres d'emplois, qu'il refusera. Les autres malades en seront furieux, mais quand F... n'habitera plus le Cerisier, on ne lui demandera plus avec autant d'insistance de travailler. Bien sûr, il y avait les loyers à payer, mais cela n'explique pas tout : car ce qui n'est pas supporté, justement, c'est la coexistence d'une apparence de non maladie (pour F... et Ch... par exemple ; à Philippe au contraire, très fou, on ne demandera pas de travailler) et d'un refus présumé de travailler. D'ailleurs, un groupe de Canadiens, venant un soir en observateurs au Cerisier, nous confiera le lendemain son étonnement devant l'adhésion implicite de chacun (soignant et soigné) à cette norme du travail.

Ceci explique peut-être le peu d'allusion fait dans le groupe aux différences sociales soignants/soignés (cf. le non questionnement sur nos salaires par exemple). Elles semblent aller de soi. Un exemple manifeste pourtant le contraire : un plombier était venu faire une réparation au Cerisier et avait envoyé sa facture. Je dis le lundi soir qu'elle me paraissait élevée : brusquement, un malade s'emporta contre moi, me demandant qu'est-ce que j'en savais, puisque je ne faisais jamais ce type de travail. Ce patient, s'identifiant à l'ouvrier, fut très blessé par mon intervention, et ce, semble-t-il, au niveau de nos différences sociales et de la rivalité qu'elles suscitaient.

QUELS CIRCUITS les malades empruntent-ils pour venir au Cerisier ? Au début, la plupart d'entre eux étaient des anciens de la consultation du lundi soir, au dispensaire. Malades de Sassolas donc, qui restent nombreux actuellement. Ce recrutement "personnalisé" explique sans doute pour une part le fonctionnement de l'équipe soignante autour du leader. Cependant, l'arrivée de nouveaux soignants a permis qu'un nouveau recrutement ait lieu. La possibilité d'autre part, pour les patients, de changer de médecin, dans le groupe, atténue l'angoisse d'un rapprochement trop grand.

En général les malades sont vus en consultation individuelle depuis plus ou moins longtemps avant qu'il ne leur soit proposé de venir au Cerisier. Ce "passage" se solde parfois par un échec, et souvent, en tous cas, l'accroche au groupe est progressive. Il est difficile de juger des critères de ce passage : celui-ci semble supposer, en tout cas, que le malade puisse vivre, dans le partage obligé de son thérapeute avec les participants du groupe, autre chose qu'un abandon.

Beaucoup plus rarement, l'un des malades du groupe en amène un autre : en général, celui-ci ne reste pas longtemps à moins que très vite il établisse un "accrochage" relationnel avec un soignant.

Pour l'entrée au foyer proprement dit, les choses sont un peu différentes car, là, la demande d'habiter le Cerisier est en général formulée par le malade : à son propos s'établit une transaction entre le patient demandeur, les soignants et le groupe. En règle, le nouvel habitant est connu par le groupe du lundi. Du moins pour ce qui est du circuit officiel, explicitement soignant. Il existe en effet un tout autre circuit où, de façon temporaire le plus souvent, des sujets, malades ou non, viennent habiter au Cerisier, invités par les locataires. Ils n'assistent pas au groupe du lundi, ni ne paient, du moins à nous, de loyer.

En fin de compte, deux caractéristiques marquent la venue d'un nouveau malade : sa relation préalable avec un soignant de l'équipe d'une part ; d'autre part, le réglement de la distance qu'il opère lui-même : c'est lui qui aménage son propre investissement du groupe. Je reviendrai plus loin sur ce point.

Je terminerai en analysant deux autres circuits :

- par rapport à l'Hôpital. En règle, un nouveau malade ne vient jamais directement de l'hôpital au Cerisier. Ou alors (pour Ch... par exemple) il y a d'abord une prise de contact entre lui et un soignant de l'équipe.

- par rapport au dispensaire de secteur, on constate la même relative indépendance du Cerisier et du groupe du lundi. Indépendance telle, d'ailleurs, que pour Philippe, la prise en charge au foyer et le type de travail réalisé firent abandonner la psychothérapie avec Hochmann.

Par rapport au dispensaire, donc, le Cerisier n'est jamais utilisé comme un outil institutionnel spécifique : il ne sert pas, en particulier, d'équivalent hospitalier pour une décompensation aigue survenant chez un malade soigné dans le secteur.

A l'inverse, les malades du Cerisier utilisent beaucoup le dispensaire de Villeurbanne : soit qu'ils y aient des entretiens, ou qu'ils y reçoivent un traitement par perfusions, soit qu'ils participent au groupe spontané toujours constitué par la salle d'attente. Les malades du groupe du lundi, par contre, dont certains travaillent, sont moins liés au dispensaire de secteur : si quelques uns en sont aussi des "piliers", d'autres n'y mettent, au contraire, jamais les pieds.

Au terme de l'analyse de ces circuits, il apparaît que la venue au groupe du lundi ou au Cerisier, se fait toujours dans un contexte transférentiel, puisqu'une relation entre le malade et l'un des soignants est la plupart du temps déjà engagée. Il s'agit donc moins, face au malade, de traiter un symptôme ou un état de crise que de lui proposer un cadre concret où il va, avec nous, vivre quelque chose.

UNE INSTITUTION POURQUOI FAIRE ?
LE TRAVAIL THERAPEUTIQUE EN OEUVRE AU CERISIER

Avoir précisé la structure institutionnelle du foyer nous permet maintenant de mieux en cerner le but : le soin des psychotiques. Mais qu'est-ce que le psychotique ?

I - DISCOURS SUR LA PSYCHOSE ET REPRESENTATIONS DE LA FOLIE A VILLEURBANNE.

Mon propos n'est pas de reprendre ici les multiples travaux sur la psychose, travaux souvent divergents, voire contradictoires. Le concept de psychose est un fourre-tout, image en négatif de cet espace vide qu'est le psychotique. Certes, un fourre-tout n'est jamais qu'un sac, mais quelle enveloppe ! Si séduction il y a, c'est bien par celle-ci, patinée comme la couverture d'un vieux livre unique dont peu importent à son possesseur les pages arrachées ou illisibles. Ainsi le "discours sur..." risque-t-il de devenir à lui-même son propre objet, dans l'esthétique d'un vertige imaginaire.

Ce que je rapporterai ici sera donc moins un nouveau discours sur la psychose que les représentations que se font les soignants, à Villeurbanne, des malades psychotiques. Représentations institutionnelles élaborées dans le développement d'une pratique et la recherche des convergences théoriques à laquelle pousse cette pratique. Mon souci est, par là, celui d'une démarche dialectique qui souligne que la représentation formulée d'un objet ne peut être séparée de la praxis envers cet objet (ici le mode d'approche et de soin du malade psychotique). Chaque institution en effet tend à élaborer un discours propre sur la psychose, sans analyser les référents où ce discours s'inscrit : aussi ai-je voulu, d'abord, pour le Cerisier, cerner le cadre institutionnel. De l'analyste, qui ne voit pas, sur le divan, les malades psychotiques à l'hôpital psychiatrique qui les met en serre, la divergence des représentations données sur le même "objet", permettrait sans doute, en étant étudiée, que se comprennent les choix opérés dans le travail thérapeutique.

Revenons au secteur pour rappeler d'abord comment PAUMELLE, cité plus haut, mettait en parallèle les interventions des soi-

gnants et la demande du malade psychotique. Pour Villeurbanne, la conception de ce type de patients, telle qu'Hochmann et Sassolas l'ont formulée en 1971 dans "le traitement des psychotiques dans le cadre d'une expérience de psychiatrie communautaire" reste actuelle :

"Qui sont, en effet, ces malades psychotiques ? Qu'est-ce qui les différencie d'autres catégories de malades ?

1) Ils ont beaucoup de mal à vivre comme distincte leur réalité intérieure (celle des pulsions et des fantasmes) et la réalité extérieure ; dans bien des cas, elles sont vécues comme confondues. Au niveau des symptômes, les phénomènes de projection, le vécu d'influence, de persécution, de vol de la pensée, de morcellement corporel, de dépersonnalisation, sont l'expression de cette incapacité du moi à exister distinct du monde extérieur.

2) Ils vivent toute relation interpersonnelle avec autrui dans l'angoisse et l'ambivalence : ce moi fragile, incertain de ses limites (mêmes corporelles), donc de son existence, vit toute solitude affective dans la panique, ressent toute autonomie comme un abandon mortel ; et en même temps sa fragilité, sa vulnérabilité l'amènent à ressentir toute proximité affective avec autrui comme un risque de destruction, de dévoration, de dissolution. Ainsi s'expliquent dans leur relation à autrui - et plus particulièrement avec nous - ce mélange et cette alternance d'avidité affective et de rejet agressif, de dépendance et de fuite, qui rendent si délicat le problème de notre distance vis-à-vis d'eux : trop éloignés, ils se vivent comme abandonnés ; trop proches, ils se vivent comme menacés, possédés.

3) Leur vulnérabilité et leur angoisse donnent une tonalité dépressive intense à ce qu'ils vivent ; l'estime de soi leur fait cruellement défaut, même lorsqu'ils annulent ce vécu dépressif dans un comportement mégalomaniaque ou maniaque.

4) Leur vide personnel, leur absence d'identité nettement définie, retentit sur leur entourage et entretient au niveau de cet entourage une angoisse, symétrique à la leur, où dans le regard vide et affolant du psychotique chacun redoute à son tour de se perdre.

Le perpétuel brouillage entre l'imaginaire et le réel qui les caractérise est contagieux. A leur tour, les interlocuteurs du psychotique ne savent plus sur quel registre se module son appel : sur celui de ses difficultés extérieures (travail, logement, par exemple), ou sur celui de ses angoisses de morcellement ou de persécution, de sa peur de perdre son être dans une sorte d'hémorragie cataclysmique, de sa terreur d'être pénétré et d'éclater sous le coup de cette pénétration. Ces deux registres détonnent perpétuellement l'un sur l'autre et plongent l'entourage dans l'inquiétude et la confusion.

Ainsi s'expliquent, au moins partiellement, la rigidité des institutions psychiatriques, leur tentative de définir rigoureusement

les rôles comme des sortes d'enveloppes vides et purement formelles, indépendantes de la personnalité de ceux qui les habitent, rigidités et définitions que le schizophrène sans cesse déjoue, remet en cause, et qui s'exagèrent encore à être ainsi continuellement menacées.

Ainsi s'expliquent aussi tous ces essais malencontreux pour limiter la marge de manoeuvre des psychotiques, pour les étiqueter et les chosifier dans une série de diagnostics plus ou moins élastiques, toutes ces tentatives aussi pour remplir leur vide, ce vide si vertigineux pour celui qui s'y penche. Tout se passe comme si soignants et psychotiques dans les institutions psychiatriques collaboraient pour maintenir un fragile équilibre où les uns trouvent une identité artificielle de surface (celle de schizophrènes bien "rangés" dans leurs "problèmes") et les autres s'abritent derrière un rôle ; comme si soignants et soignés se faisaient les complices de la perpétuation d'un état de choses matérialisé par les murs et les règles institutionnels...

Le traitement de tels malades doit donc poursuivre un quadruple but :

1) Favoriser la naissance et le renforcement du sentiment d'identité personnelle.
2) Permettre l'expérience d'une véritable relation interpersonnelle.
3) Augmenter l'estime de soi.
4) Intégrer l'environnement du patient (qui participe à et de son trouble) dans le programme thérapeutique."

Bien sûr, ce discours emprunte historiquement à la théorie du "postulat fusionnel" qu'Hochmann avait développée dans sa pratique auprès des familles de malades psychotiques.

Mais il est intéressant aussi de noter vers quels apports théoriques récents l'équipe de secteur s'est tournée, en fonction de l'évolution de son attitude à l'égard des malades. Apport de Winnicot d'abord pour la compréhension du rôle de l'"environnement" (existence d'un équivalent de la "préoccupation maternelle primaire" dans la relation thérapeutique, aménagement "d'objets transitionnels", reconnaissance du "self et faux self". Apport de l'école Kleinienne également, (les fantasmes destructeurs dans la relation, la haine, l'envie) quand put se reconnaître, après l'illusion d'être "tout bons" notre propre agressivité.

Enfin, les différents types de pratique thérapeutique ont fait se référer à des conceptions théoriques parfois divergentes : par Hochmann, et son investissement privilégié de la prise en charge individuelle, BALINT (Le Défaut fondamental) s'est vu soudain ériger en figure de proue. Son "amour primaire" sembla définir ce dont le psychotique avait besoin :

"Je dois être aimé et pris en charge à tous égards par toute personne et toute chose qui ont de l'importance pour moi, sans que l'on me réclame un effort ou quoi que ce soit en échange. Seuls comptent mes désirs, mes intérêts et mes besoins propres ; une personne qui m'importe ne doit avoir ni intérêts, ni désirs, ni besoins autres que les miens, et si toutefois elle en a, elle doit les subordonner aux miens sans nul ressentiment, ni effort ; en fait s'ajuster à mes désirs doit faire son plaisir et sa joie. S'il en est ainsi, je serai bon, satisfait et heureux, mais c'est tout. Sinon, ce sera horrible, pour le monde, comme pour moi-même".

Ainsi le thérapeute devait-il être cet objet bon manipulé au gré des désirs du patient, sable avec lequel on peut construire un château, peut-être aussitôt détruit, mais sans excessive angoisse puisque reste le sable.

Cependant, les soignants qui investissaient d'autre type de soins que la relation individuelle (le Cerisier notamment) soulignèrent que cette position purement passive du thérapeute était difficilement tenable et qu'elle pouvait à la limite être prise parfois pour une manifestation d'indifférence. Ce n'est pas un hasard si les divergences furent les plus fortes en mai-juin 72, au moment de la violence au dispensaire et au Cerisier : là en effet, il semblait qu'une attitude de pure acceptation des actes destructeurs conduisit à une exacerbation d'une violence cherchant désespérément des limites. Aussi, avec l'équipe du Cerisier, la recherche de référents théoriques se fit-elle plus auprès de Winnicot et surtout de Bettelheim, dans ce qu'il disait de "l'autonomie" du jeune enfant (après qu'il ait dénoncé le mythe de la "mère toute bonne", mythe que façonne le psychiatre : il en a sans doute besoin) et de la relation de "mutualité" entre mère et enfant.

"Sourire et pleurer restent des exemples capitaux, grâce auxquels un affect est communiqué en même temps qu'une influence est exercée, ce qui au total amène le résultat voulu. Agir sur l'environnement n'est donc pas suffisant pour développer une personnalité humaine. Il doit s'y ajouter la possibilité de communiquer des affects et de faire l'expérience d'une réponse affective appropriée. Les affects qui ne rencontrent pas la réponse appropriée constituent une expérience extrêmement débilitante. La plaisanterie qui n'amuse pas, le geste d'amour qui reste sans réponse, sont parmi les expériences les plus douloureuses. Et si nous ne rencontrons pas, constamment et dès un âge précoce, la réponse appropriée à l'expression de nos affects, nous cessons de communiquer avec autrui et éventuellement nous ne nous intéressons plus au monde.

Mais cela n'est pas tout. A moins que nous puissions aussi influencer la réalité, les choses seront tout aussi destructives pour nos efforts en vue de développer une personnalité. Si les pleurs du

nourrisson affamé rencontrent non pas la nourriture mais seulement une compassion profonde pour la douleur qu'ils expriment, le résultat sera aussi déplorable que s'il n'y avait pas eu de réponse du tout C'est là un exemple invraisemblable, puisque le nourrisson doit recevoir à manger pour survivre. Mais si son sourire, invitation à jouer, ne devait rencontrer qu'un sourire, même le plus tendre, de la part du parent, alors à la fois l'environnement et le désir de communiquer ses affects deviendraient sans intérêt."

Ces représentations du malade psychotique, à Villeurbanne et au Cerisier, envisagées ici dans leur apparition historique, au contact d'une pratique de soins, dessinent en fin de compte quelques axes méthodologiques : refus d'un discours chosifiant et déficitaire à l'égard d'un malade qui ne serait que "l'autre", le radicalement différent, désir de réparation à son égard qui permette une restauration de l'identité et de l'estime de soi, recherche pragmatique de ce qui se passe entre lui et nous.

Mais pour introduire maintenant au travail spécifique fait au Cerisier, je voudrais isoler, dans ce kaléidoscope qu'est le monde du psychotique, deux notions qui éclaireront notre type d'intervention.

II - L'ESPACE, LA PAROLE ET L'AGI CHEZ LE PSYCHOTIQUE.

Je me référerai beaucoup ici, à ce que dit RESNIK du "monde du schizophrène".

La notion d'espace et la fonction de la parole renvoient, chez le psychotique (ou du moins chez la partie psychotique du malade) à la même problématique de la séparation.

Catégoriser l'espace suppose en effet pour le sujet la capacité de différencier un dehors et un dedans (espace intérieur), de reconnaître donc un conflit comme se vivant à l'intérieur de lui, à l'endroit du "Je". Chez le psychotique au contraire, qui ne s'est pas constitué comme totalité séparée, les évènements émotionnels (l'amour, la haine, etc...) se déroulent dans un aller-retour dedans-dehors (projection-introjection) non seulement les affects mais l'appareil psychique (en partie ou en bloc) sont ainsi spatialisés. Si le schizophrène est "vide", c'est que les choses se passent ailleurs que dans lui.

RESNIK, reprenant la comparaison du patient schizophrène à un livre mal paginé, aux pages mélangées, dit : "J'ajouterai que quelques unes de ces pages, mal fixées, ont tendance à s'envoler. Une partie de ma tâche serait de chercher où elles se sont envolées, de détecter leur emplacement dans l'espace et de déchiffrer les messages qui y sont inscrits". Et plus loin : "Le schizophrène ne se met pas en relation avec les objets du monde ; il les occupe, il les habite. Il n'aime pas l'espace ouvert,

et s'il s'ouvre dans cet espace, c'est pour se loger dans d'autres objets."

Cette difficulté du malade à catégoriser l'espace nous conduit, au Cerisier, à utiliser le foyer comme un cadre contenant, dont les limites, qui peuvent être changeantes, sont investies à la fois par les soignants et les soignés. L'expérience concrète de l'espace se réalise donc au travers d'une tractation commune (qu'on repense aux problèmes de territoire, constants au Cerisier, à l'écriteau de Philippe : "on n'entre pas ici comme dans un moulin", à Benoît envahissant un lundi soir, par ses objets de bricolage, l'atelier, lieu de réunions). Parallèlement, le repérage spatial du "lieu où ça parle" (en mai 72, par exemple, la dégradation du foyer concerna surtout la cuisine et une chambre mais n'affecta jamais la chambre de F..., qui jouait alors un rôle protecteur) invite à considérer le foyer, dans son cadre concret, comme une "image du corps" où se dramatisent les conflits du groupe. D'où notre volonté de ramener le plus souvent tout discours survenant le lundi soir au "corps propre" du Cerisier. (Ainsi la violence exprimée d'un malade revenant après plusieurs mois d'absence sera-t-elle montrée d'abord en relation avec la séparation récente et le dépit que des choses aient pu quand même exister au foyer).

Je parle de séparation et c'est bien elle qui fonde, dans son impossibilité, l'inaptitude pour le malade à catégoriser l'espace. Pour citer à nouveau RESNIK :

> "Séparer veut dire partir, perdre, passer d'un état à l'autre, abandonner une réalité pour une autre, accepter la contiguïté (espace) et la succession (temps) ; tolérer la "fissure", le clivage pour aboutir à une construction spatio-temporelle élaborée de la réalité. Le malade psychotique, lui, ne tolère pas la "discontinuité" et s'oppose à tout passage dans le temps et à toute différenciation dans l'espace. Il essaie donc de supprimer la séparation en se spatialisant à l'intérieur du corps de l'autre et, du même coup, perd son rythme propre et son identité".

Ces morceaux du malade placés en nous, ils sont bien évidents dans la difficulté que nous-mêmes éprouvons à laisser seuls les habitants du Cerisier : quand nous partons, reste en nous une préoccupation. C'est dire donc que le travail thérapeutique au Cerisier portera avant tout sur la compréhension de la dépendance, et la peur corrélative de la séparation.

Ce problème enfin, du vide ressenti devant le malade psychotique, fait qu'en retour, la tentation est grande, pour les soignants, de le combler. Que ce soit par des médicaments, des interprétations, voire des théories sur la psychose, le résultat est le même ! Hochmann a raison quand il souligne que le psychotique n'est pas "récupéré", comme on dit, par le système de production, mais par celui de consommation : le secteur, à cet égard, dans la multiplication des activités, qu'il offre au malade, pourrait bien contribuer à ce remplissage. Combler c'est faire que le vide

disparaisse, insoutenable qu'il est. En ce sens, d'espace encore, combler s'oppose à réparer.

Je ne quitterai guère ce problème de l'espace en évoquant la parole et l'agi chez le psychotique.

Car la parole est avant tout signe de séparation.

> "Parler est une aventure spatiale. C'est une marche des symboles dans l'espace... En devenant des messages symboliques (les sons vocaux d'abord liés aux limites du corps) doivent être capables... de supporter la séparation de leur objet originel" (RESNIK)

Séparation corporelle donc mais séparation aussi dans l'ordre du sens : le symbole ne se crée, en effet, que par une rupture, un saut dans l'espace sémantique, passage de la contiguïté imaginaire à la substitution symbolique.

Chez le malade psychotique, sans préjuger des mécanismes qui rendent impossible ce passage (insuffisance de l'environnement primaire faisant que la première séparation, corporelle, n'est jamais acquise ou, ce qui en est une conséquence, forclusion du "nom du père" et de la loi fondant le symbolique), le langage n'a donc pas de fonction propre et séparée. Il désigne, plus qu'il ne signifie, puisque l'objet et sa représentation linguistique restent en rapport de contiguïté forcée. Il est en quelque sorte, un formel "contenant de mots", dans lequel s'insufflent les objets. DELEUZE dit à ce propos : "C'est là l'aventure du langage psychotique. Le caractère fondamental de ce langage n'est pas de traiter les mots comme si c'étaient des choses, mais d'une part d'insuffler le savoir dans les mots (suivant la loi flux dans flux de l'objet complet ou du mot indécomposable). Ce savoir n'est plus signifié mais insufflé dans le mot ; la chose n'est plus désignée, mais rebriquée, emboîtée dans le mot".

On ne peut affirmer cependant que le psychotique ne dit rien quand il parle. Au contraire, l'étude du mot à mot du discours de certains patients montre bien que se recherche, derrière l'écran du délire qui invite faussement à la quête de "signification", le "procédé linguistique" qui témoigne de la faille. De DELEUZE encore : "Il faut que le psychotique découvre lui-même le procédé personnel précis qui le met en scène, et redécouvre l'histoire malheureuse d'un amour que son procédé murmure et retient, plus cachée que si elle était refoulée."

Aussi, devant l'insuffisance du langage, pour le psychotique à dire la réalité interne, on s'attachera davantage à sa façon de la traduire. DUBOR souligne :

> "Nous nous introduisons à ce niveau dans le registre qui lui

tient lieu de langage, à valeur plus expressive qu'à proprement parler communicative, vraisemblablement plus proche du mode de fonctionnement par l'agir que d'un fonctionnement verbal."

C'est cette voie qui est délibérément choisie au Cerisier, en faisant des ACTES du patient un élément clef de son langage, actes dont nous essayons de restituer le sens au malade et auxquels nous répondons nous-mêmes, parfois, par des actes. Ainsi la référence à cette attitude se situerait-elle dans une relation mère-enfant archaïque, où les agis. destructeurs et réparateurs, sont le ciment de la relation. En d'autres termes, ces agis renvoient pour nous à un langage du corps, corps du malade ou corps du Cerisier.

III - AU CERISIER : MAITRISE ET MANIPULATION DE LA REALITE.

Le propre du malade psychotique est de ne pouvoir séparer ses fantasmes de sa perception de la réalité. Ce que nous lui proposons au Cerisier est de vivre une réalité concrète entre lui et nous, réalité qu'il maîtrise à sa guise et manipule avec nous. Cette réalité, c'est à la fois la rencontre avec nous, le lundi soir, et le foyer à réparer, ou à gérer.

La rencontre avec nous, le lundi soir, le malade en garde la maîtrise. Il manipule lui-même sa présence, la fréquence de sa participation, la durée même de celle-ci au cours de la séance. Ce principe, établi dès le groupe du lundi, reste inchangé au Cerisier. Cette maîtrise du cadre de la rencontre, le malade la conserve pour le contenu du traitement, médicamenteux en particulier : soit il demande dans le groupe lui-même un renouvellement d'ordonnance, en estimant les doses dont il a besoin, (mais l'acceptation formelle des médecins s'est peu à peu changée en tractation avec le malade : Ch... demandant du Maxiton montrait bien en effet l'absurde d'une réponse médicale stéréotypée) ; soit il souhaite une consultation individuelle où ces problèmes de traitement seront abordés.

Cette maîtrise du traitement laissée au malade, vise avant tout à aménager avec lui un espace de rencontre où la proximité ne soit pas vécue comme trop dangereuse. Mais ceci est plus facile avec les malades du lundi soir, qui ont en règles d'autres pôles d'investissement que le foyer, qu'avec les habitants du Cerisier. (J'ai déjà souligné à quel "rendre-compte" ceux-ci étaient plus ou moins tenus le lundi soir, tant par les malades que par les soignants). Aussi notre rencontre avec les habitants du Cerisier se place-t-elle moins sous le signe de l'initiative laissée au malade que sous celui d'une "tractation commune" : nous allons au Cerisier, dans la semaine par exemple, mais le malade peut ne pas nous recevoir ; nous prescrivons un traitement mais le malade en garde la manipulation.

Pour reprendre Sassolas : "Nous touchons là ce qui nous paraît être essentiel dans une approche thérapeutique du psychotique : assainir ce qui se passe entre lui et nous, de façon à ce que la réalité que nous lui proposons en le rencontrant pour le soigner (toute la réalité, pas seulement la réalité verbale) ne puisse pas alimenter les fantasmes de destruction, d'abandon et de possession fusionnelle qu'il projette sans cesse sur nous. En d'autres termes, de façon à éviter que sa rencontre avec le psychiatre et ses institutions entretienne et aggrave son vécu psychotique".

Mais la "tractation", soulignée plus haut, à l'égard des habitants du Cerisier conduit à envisager ce qui est plus spécifiquement choisi comme moyen de rencontre au foyer : la manipulation commune, par soignants et soignés, de la réalité. Ainsi, autrement que la rencontre du lundi soir, le foyer (sa construction, son fonctionnement, son partage) est le support concret à un investissement commun. J'ai déjà dit comment le Cerisier était né de l'aboutissement d'un "faire quelque chose ensemble" apparu peu à peu dans le groupe du lundi : repas partagé, soirées musicales, sorties communes, etc... La réalité c'est donc, outre les échanges verbaux du lundi soir, la réparation des chambres, la réfection de l'atelier, l'arrangement du jardin, les repas à faire, etc... Et c'est en même temps la façon dont s'agissent entre les malades et nous ces travaux et démarches. On mesure la différence entre ce fonctionnement et ce qu'il en est de la maîtrise de la réalité à l'hôpital par exemple où bien souvent ce qui est manipulé par le malade est accessoire, voire dérisoire (ergothérapie) tandis que la vraie réalité (les portes fermées, le traitement, l'organisation de la vie pavillonnaire) lui échappe.

Actes donc au travers desquels s'expriment les difficultés relationnelles, les conflits entre les malades et nous, la rivalité entre eux. Dans la chronique du Cerisier, j'ai donné de multiples exemples de cet accent mis sur la réalité agie : réfection de la chambre de Al..., survenant en réparation d'une violence destructrice précédente ; pose par Michel C..., juste avant son départ du Cerisier, d'une tapisserie dans la cuisine : il disait ainsi son désir de laisser une empreinte au foyer, de nous donner quelque chose au moment où nous ne nous y attendions pas et il affichait sa rivalité avec Philippe ; installation de la douche que Sch... ne put entreprendre qu'après en avoir clamé à Sassolas l'inutilité mais qu'il tint à faire seul (rivalité avec les autres malades) ; enfin toute la manipulation agie de l'argent (que ce soit aux débuts du Cerisier ou plus récemment pendant la constitution de la SCI) va dans le même sens : cf. les loyers à payer, les réticences à accepter la signature du compte bancaire, l'organisation des rencontres avec un donateur, etc...

Ces agis établissent donc une "sorte d'objet-tiers" entre les malades et nous. C'est la fonction rassurante de cette médiatisation qui permet de souligner, auprès des malades, la séparation entre leurs fantasmes archaïques de destruction, de possession fusionnelle ou d'abandon

et la réalité. Pour reprendre en effet l'exemple de la douche ou des difficultés dans le maniement de l'argent, il est beaucoup plus facile de parler de la relation des malades envers nous au travers de ces situations agies.

Notre travail de soignant s'articule donc sur deux modes : d'abord l'investissement, avec les malades, d'un objet tiers qui nous concerne tous deux (le Cerisier et son fonctionnement). Sans cet investissement préalable, qui manifeste notre attachement au malade, tout en permettant qu'une maîtrise de la proximité soit conservée par lui, serait illusoire le second temps : la restitution au patient du sens que nous avons perçu dans ce qu'il vivait avec nous dans la manipulation de cette réalité commune. Ce que nous tentons de réduire, par là, c'est la toute puissance du fantasme, ou ce fonctionnement par identité de pensée auquel nous invite le psychotique. Dans le même objectif, cette attitude permet que soient repérées plus facilement nos propres attitudes contretransférentielles à l'égard du patient. Et parce qu'il s'opère à partir d'une réalité commune, également manipulée par les différents types de soignants (la participation à un repas au Cerisier, par exemple, n'implique pas le soignant dans un rôle différencié - médecin/non médecin - mais dans ce qu'il est, en tant que personne) ce repérage contribue à une élaboration plus facile, en équipe, des attitudes de chacun, sans que la "relation-psy" (c'est-à-dire la parole manipulée au nom d'un savoir) soit mythifiée comme seul modèle de compréhension de vécu. Donc, l'attitude que nous adoptons au Cerisier me semble apporter un double bénéfice : au malade par l'interposition entre lui et nous d'un objet-tiers, support des projections fantasmatiques à repérer, aux soignants également par l'existence de cette réalité que chacun peut construire avec le malade, sans que les rôles à l'intérieur de l'équipe soient ressentis comme des carcans.

Quelques remarques sont maintenant à faire :

Cette manipulation de la réalité laissée au malade suppose bien sûr qu'il ait une maîtrise effective de ce qui se passe au Cerisier. Même si celle-ci doit nous gêner ou nous rendre agressifs. Mais nous-mêmes ne prenons pas une attitude purement passive devant les actes du malade : nous cherchons au contraire à dire ce que nous éprouvons et comprenons d'une situation dont nous refusons d'avoir, seuls, la seule gestion. Cependant, notre attitude implique donc de laisser le malade s'autonomiser où et comme il le veut, de le laisser, comme dit Guyotat, "organiser lui-même ses clivages", de ne pas choisir à sa place, d'accepter qu'il aille mal, qu'il refuse même d'aller à l'hôpital sans que cela soit synonyme d'abandon ou d'indifférence. Ne pas répondre donc par l'omnipotence d'un projet opératoire à la propre omnipotence du psychotique.

Mais cette maîtrise active de la réalité par le malade se heurte à des limites qu'on ne peut ignorer : nous n'aimons pas tellement, nous soignants, la destruction agie et quand pointa le risque d'un suicide, ou de la fermeture définitive du Cerisier à cause de la violence qui y ré-

gnait, notre intervention fut bien d'apporter une limite, avec l'aide de "l'extérieur", d'ailleurs. Cette attitude est-elle contradictoire avec le principe relationnel adopté au foyer ? Oui et non. Non dans la mesure où en affirmant notre désir que le Cerisier existe, que la mort n'y règne pas, nous disons que nous sommes aussi partie prenante, et que nous refusons d'être contaminés par les fantasmes de toute puissance destructrice. Oui car la violence est aussi mode de discours, temps peut-être nécessaire pour le psychotique d'expression de lui-même par une fécalisation de l'entourage (qu'on se rappelle l'importance de la "merde" au Cerisier : les seaux remplis placés dans le jardin ou trainés devant la porte de Solange !), témoin des forces destructrices internes et projetées. J'ai déjà cité Hochmann rappelant notre tolérance devant la destruction interne du psychotique et notre incapacité à supporter cette destruction agie, et surtout agie dans la saleté. L'expérience de Mary Barnes à Kingsley Hall est un autre exemple de ce besoin de fécalisation par les malades. Sans doute donc, n'avons-nous pu accepter ce discours de merde comme un langage d'un malade à accompagner à ce niveau là. Mais, à reconnaître ses limites, on facilite aussi l'abandon d'une position toute puissante et imaginaire par le soignant.

Pour en finir avec la maîtrise de la réalité par le malade, il faut dire que celle-ci doit correspondre à un désir réel du malade : sinon se construirait une sorte de "faux self" par lequel le patient ne fait que répondre au désir du soignant, afin de ne pas être abandonné. Ce "faux self" (Winnicot) protège alors le "self" de la destruction que ferait courir l'abandon mais il ne constitue qu'une réaction d'adaptation, masquant une vérité trop angoissante. A cette difficulté le Cerisier n'a pas échappé : je vois son signe dans la répétition formelle et compulsive, à certains moments, de mêmes situations apparemment banales (on répare ensemble telle pièce ; les problèmes de gestion occupent plusieurs lundis soir) mais qui enlisent en fait dans la monotonie le vécu partagé (réunions du lundi soir ou visites au Cerisier) et suscitent chez les soignants une obscure lassitude.

Il faut prendre garde, enfin, que jamais le maniement de la réalité par le malade ne devienne un faux semblant : il y aurait alors dans ce fonctionnement pervers, un risque psychotisant supplémentaire. En ce sens, l'achat du Cerisier, par une SCI théoriquement mixte, le fonctionnement autogestionnaire d'un foyer qui est dit appartenir à chacun alors que l'argent est bien, aux yeux des malades, du côté des médecins, représentent en même temps qu'une nouvelle dimension du projet initial, un danger qu'il ne perde de son authenticité.

Deux dernières remarques : dans la situation où il est placé à l'égard du fonctionnement du Cerisier, le malade rencontre tout d'abord une équipe diversifiée, non seulement au niveau des rôles mais aussi par l'investissement différent que fait chaque soignant, de la réalité au Ceri-

sier. Un tel, préférant le bricolage, installe avec tel malade le chauffage, un autre s'occupe du jardin avec Ch..., une autre organise les repas avec le même Ch..., etc...

"Il y a ainsi, pour le malade, quelque chose de très structurant à pouvoir être, dans un même lieu, à la fois le patient et cette part de lui-même qui n'est pas malade" (Sassolas).

En outre, en réalisant activement quelque chose, il est clair que le malade peut nous donner et que par là se renverse un peu sa position passive. Don actif, échange qui permet que la situation d'endettement dans laquelle il se trouve par rapport à nous (endettement maximum peut-être, justement dans ce type de prise en charge) et qui empêche à l'agressivité de se dire, soit contre-balancée.

Au terme de ces remarques, l'attitude adoptée par l'équipe soignante au Cerisier vise donc à un double but : permettre que se vive avec les malades et nous une relation dont l'inscription dans la réalité (le "faire ensemble") permet de comprendre et de restituer, sans danger excessif, les fantasmes archaïques qui la fondent ; aider, par l'élaboration d'un projet commun, la participation à la gestion du foyer, les rencontres individuelles autour d'une tâche concrète, à la restauration narcissique des malades, à la consolidation de leurs fonctions du Moi.

Ainsi est-ce en quelque sorte à la construction d'un "objet transitionnel" que nous sommes renvoyés. J'en citerai d'abord la définition de Winnicot :

> "Les objets transitionnels et les phénomènes transitionnels appartiennent au domaine de l'illusion qui est la base de l'instauration de l'expérience. Ce stade primitif du développement est rendu possible par l'aptitude particulière que possède la mère de s'adapter aux besoins de son enfant, permettant de la sorte à celui-ci d'avoir l'illusion que ce qu'il crée existe réellement.
>
> Cette zone intermédiaire de l'expérience, pour laquelle ne se pose pas la question de savoir si elle appartient à la réalité intérieure ou extérieure (partagée), constitue la partie la plus importante de l'expérience infantile. Tout au long de sa vie, elle se maintient dans cette expérience intense qui est du domaine des arts, de la religion, de la vie imaginative, de la création scientifique."

L'objet transitionnel est donc ce par quoi le petit enfant fait l'expérience du monde et de la réalité. Son caractère fondamental est d'être constitué à la fois par les besoins de l'enfant et par les réponses qu'y donne la mère, en fonction de sa capacité d'adaptation. Si la mère peut bien s'adapter aux besoins de l'enfant, celui-ci tire "l'illusion qu'il existe une réalité extérieure qui correspond à sa capacité personnelle de créer". Ainsi se constitue, dit Winnicot, "une zone intermédiaire que l'on

allouée à l'enfant et qui se situe entre la créativité primaire et la perception objective basée sur l'épreuve de la réalité".

On peut supposer que chez le malade psychotique, cette zone intermédiaire, du fait de l'impossibilité d'adaptation de la mère, soit n'a jamais pu être allouée, soit n'a jamais pu être limitée.

Le but du travail, au Cerisier, est de redonner au patient cette zone intermédiaire, domaine de l'illusion (chacun sait bien que la vie de cette communauté est en marge, que le fonctionnement du foyer, même cogéré, ne remet pas en question les appartenances de chacun (soignants-soignés) en dehors de ce lieu là : si nous partageons quelque chose avec les malades au Cerisier, nous percevons aussi notre refus que cette expérience modèle toute notre vie personnelle).

Cette illusion nécessaire, impliquant que le foyer puisse être, comme l'objet transitionnel de l'enfant, pris, abandonné, repris, détruit et réparé, ne risque-t-elle pas de s'effriter avec l'achat de la maison qui donne maintenant "possession" du Cerisier, avec son inscription dans un système symbolique qui confère au foyer une "valeur marchande", monneyable, avec son installation, donc, dans un système d'échanges où il perd de son caractère unique (l'argent règle maintenant "les flux" à un autre niveau que celui du besoin et de la réponse).

Mais peut-être, après que se constitue par les réponses des soignants au besoins des soignés, cet espace d'illusion, nécessaire au renouvellement, par les malades, de leur expérience du monde, les soignants doivent-ils savoir, comme la mère à l'égard de son enfant, ménager le "désillusionnement" qui, seul, permettra, par la frustration qu'il implique, une reconnaissance de la réalité. Par là, la maison "achetée" est peut-être signe, déjà, d'un passage de la dépendance à l'autonomie.

IV - LA DEPENDANCE, L'ABANDON ET LA HAINE

Au travers d'une réalité manipulée ensemble, le Cerisier s'offre donc comme un lieu où ce qui se passe entre les malades et nous se place d'abord sous le signe de la dépendance. Sassolas, invité à évoquer l'expérience du Cerisier lors d'un récent séminaire sur la toxicomanie, assigna à la dépendance le rôle de "levier thérapeutique".

Mais pour que cette dépendance puisse se vivre, il faut, de la part des soignants, une présence effective au Cerisier. Afin que la manipulation de la réalité laissée au malade ne connote pas un abandon. Pour que le patient puisse nous utiliser un peu comme il l'entend. Le but du travail thérapeutique, encore une fois, n'est pas en effet de susciter à tout prix l'autonomie du malade mais de vivre avec lui une expérience où il a à éprouver, devant notre présence réelle, sa dépendance. Sans cette fonc-

tion de présence donc, notre projet devient purement formel, et l'histoire de l'appartement de post-cure est, à cet égard, signifiante. D'ailleurs, notre propre attitude a évolué, au long des deux ans de vie du foyer : au début, nous venions surtout le lundi soir, et très peu dans la semaine, en pensant qu'il fallait justement laisser quasi complètement le Cerisier à ses habitants. Mais l'apparition de la violence, et l'abandon qu'elle semblait pointer (je renvoie là à la crise de mai-juin 72) nous firent estimer nécessaire une présence accrue (visites fréquentes ; repas partagé, etc...) La venue, ensuite, au Cerisier de malades graves (Philippe, Ch...) nous confirma dans la nécessité de cette présence effective, pendant la semaine.

Comment repérer les effets et les signes de cette dépendance ?

D'abord dans nos propres attitudes contretransférentielles. Les malades psychotiques, en effet, surtout quand ils vont mal, semblent rester en nous, nous occuper. On pense à eux souvent, en dehors même des moments passés au Cerisier ; ils prennent place dans notre imaginaire, à l'intérieur de nous. Cette partie d'eux-mêmes qu'ils placent en nous témoigne de leur impossibilité à accepter la séparation (je renvoie là à l'échec de la catégorisation de l'espace, chez eux) mais ce processus a, en même temps, le caractère actif d'un contrôle des soignants qui vise à maîtriser le risque d'abandon. Analyser la dépendance impose ainsi d'abord, pour nous-mêmes, de reconnaître les projections qui nous envahissent pour contenir une agressivité que les malades prennent pour signe d'abandon. A l'inverse donc, la reconnaissance de notre propre agressivité à l'égard de ces malades et sa verbalisation sont nécessaires à cette analyse de la dépendance.

Chez les malades, j'espère avoir montré, dans la chronique du Cerisier, combien sont patents les signes de leur dépendance à notre égard. Ainsi en était-il de l'impossibilité de F... de partir du foyer, de la difficulté à prendre en mains la gestion financière du Cerisier (cf. la signature bancaire) des réticences à terminer les réparations entreprises, etc... Mais un mécanisme surtout, sorte de "réaction thérapeutique négative", affirmait cette dépendance : la négation et l'annulation de toute tentative d'autonomie, a fortiori quand elle était réussie : ainsi Ch..., qui pendant les vacances, alors que les soignants craignaient qu'il ne se sente abandonné, va bien, s'occupe du foyer, fait le jardin, organise lui-même des repas hebdomadaires et se passe pratiquement de médicaments, s'aggrave-t-il soudain au retour de son thérapeute, replongeant dans une passivité sans fonds, avalant à nouveau des tonnes de médicaments. Il nie ainsi devant son médecin revenu l'autonomie qui risquerait de le faire abandonner. La perte du porte-feuille de Sch..., le jour où celui-ci devait verser son argent à la SCI, est là aussi significative : au moment où il risque de s'autonomiser, il se replace en situation de dépendance, demandant que lui soit prêtée la somme constituant sa part à la SCI. La rage destructrice, alors de Sch... à l'égard de Ch..., qu'il accuse de vol, manifeste, en un déplacement (elle nous est bien sûr adressée : d'ailleurs Sch... nous accuse de prendre le parti de Ch...), la dépendance masquée

Car la haine est liée à la dépendance : quand je veux détruire, ou m'éloigner, j'ai tellement peur d'être aussi détruit, que le monde lui-même s'écroule, qu'il me faut rester fusionné à l'autre, pour sauver ma peau. BALINT souligne ainsi que : "la haine représente la perpétuation de la dépendance inconditionnelle à l'égard de l'amour primaire, avec la seule différence que son signe est devenu négatif".

Tout désir d'autonomie des malades est donc toujours menacé de mort et de destruction et la dépendance est ce qui empêche de vivre cette situation mortifère (on comprend par là la nécessité de ce contrôle actif, à l'intérieur de nous-mêmes, que réalisent les malades).

Aussi le pointage de l'agressivité, dans la réunion du lundi soir ou au travers de la réalité concrète manipulée, se révèle-t-il l'axe prévalent de notre travail interprétatif. Cette haine, d'ailleurs, de multiples manifestations peuvent en être données : désir constant des habitants du Cerisier, de posséder seul le foyer, de ne pas partager (on a vu, comment, à cet égard, la mort de Philippe signe, par le suicide qu'il nous jette à la figure, son refus désespéré de partage) ; dans le même sens va l'indifférence générale du groupe, le lundi soir, face à un nouveau venu, considéré comme un intrus ; la destruction, enfin, de nos interprétations ou de nos attitudes ("votre truc, ça ne marchera jamais") se sous-tend de la même haine.

Dans le même sens, le délire d'un malade du groupe mit bien en évidence ce besoin de nier l'agressivité : Thomas, qui se présentait toujours comme incapable de la moindre activité, avait montré, en refaisant un plafond, qu'il pouvait réaliser quelque chose. Mais la violence s'installant au foyer, la pièce qu'il avait réparée fut à nouveau détériorée : Thomas ne revint plus pendant quelque temps au Cerisier et s'aggrava. Son délire s'organisait autour d'un thème prévalent : "Les derniers seraient les premiers..., la sagesse était d'accepter la pire humilité, qui signifierait, plus tard, la grandeur et la puissance". Thomas, par là montrait son impossibilité à vivre une situation agressive, qui l'opposait en même temps aux autres malades et à nous. Récemment, et à la suite d'un conflit qui l'opposa à sa famille cette fois (et plus particulièrement à ses frères) il délira à nouveau, et avec les mêmes thèmes.

A. SEGAL a bien montré, dans ce qu'elle dit de l'envie, comment dans l'impossibilité où il est de s'approprier à lui seul un objet, le sujet malade préfère le détruire. La violence et la dégradation du Cerisier en mai 72 confirme cette vue, de même que le "le foyer, c'est de la merde" de F..., obligé de vivre en dehors du Cerisier. Mais cette envie s'accompagne, dit SEGAL, de l'idéalisation d'une partie de l'objet, ou de sa totalité. Ce mécanisme, on peut le repérer dans l'attitude fréquente des malades à l'égard du leader médical, considéré comme tout bon, idéalisation s'accompagnant d'une agressivité destructrice envers d'autres membres de l'équipe (les femmes en particulier).

On a vu comment ce mécanisme de clivage qu'opère l'idéalisation a pu paralyser longtemps l'équipe, empêchant que l'agressivité entre ses membres, pourtant manifeste, puisse se dire. A la dépendance malades-soignants se substituait ainsi dans l'équipe une dépendance leader (et "psy")-non "psy". Celle-ci d'ailleurs reste un risque constant de fonctionnement de notre équipe, qui conduit, quand il n'est pas réparé, à une attitude monolithique et indifférenciée que perçoivent bien les malades.

Enfin, notre travail sur la dépendance, impose que nous sachions nous reconnaître des limites, que nous n'adhérions pas constamment à l'idéal que nous proposent les malades. Que nous acceptions de ne pas être "totalement bons". Là aussi, nous avons évolué : aux débuts du Cerisier, nous parvenions mal à refuser, à fixer un contrat avec un malade (F... est ainsi resté un an au foyer, alors que nous n'étions pas d'accord, sans que nous trouvions la possibilité de mettre fin à la situation) ; par contre, la prise en charge de Ch..., après le suicide de Philippe (si nos soins s'avéraient inefficaces sur la dégradation qu'il s'infligeait, son logement au Cerisier serait remis en cause) indique notre évolution. Cette limite reconnue par nous, et qui vient comme une butée apposée à la dépendance absolue, permet justement que s'exprime l'agressivité. Pour reprendre ce que dit Winnicot de l'enfant :

> "Un nourrisson qui n'a pas de raison d'être en colère, mais qui a naturellement en lui la quantité habituelle d'éléments agressifs (quels qu'ils soient), se trouve en face d'une difficulté particulière, qui est de fusionner l'agressivité avec l'amour".

Au Cerisier donc, notre travail est d'ébaucher cette défusion de l'amour et de la haine : notre présence importante, nécessaire, notre essai de réaliser quelque chose avec les malades manifeste que nous ne les abandonnons pas, que nous cherchons à répondre à leur demande "d'amour primaire", mais notre insistance à reconnaître la haine, derrière la passivité et la dépendance, essaie de montrer en le vivant, que l'autonomie ne signifie pas la destruction.

Tenter donc de vivre, avec le malade, au travers de la manipulation commune de l'environnement, le passage d'une "dépendance absolue" (Winnicot), à une "dépendance relative" où le patient, abandonnant une partie de son omnipotence, se reconnaisse comme séparé de nous (même si les liens qui nous réunissent restent puissants). Cette dépendance relative est donc l'élaboration d'une position dépressive.

V - REPARATION ET IDENTIFICATION

Avoir souligné, derrière la dépendance, l'agressivité destructrice n'indique pas suffisamment comment celle-ci peut être vécue sans trop de danger. Seule en effet l'expérience concrète que la haine ne tue pas peut permettre que soient différenciés la réalité et le fantasme. C'est peut-être par là que la manipulation concrète de la réalité au Cerisier s'avère fondamentale dans le travail de soins, en ce qu'elle permet la réparation.

Cette réparation agie, on l'a vue se manifester tout au long de la chronique du Cerisier. Qu'on se rappelle, début 1972, le cycle destruction-reconstruction du foyer (Al... refaisait à neuf une chambre après s'être montré très violent la semaine précédente). La violence, justement, ne put plus se maîtriser quand la réparation s'épuisa : elle prit dès lors une allure apocalyptique, à l'image des fantasmes destructeurs qui la fondaient. De même, un lundi soir, après l'explosion de colère de F... et la dépression qui s'en suivit, la proposition concrète de quelques malades d'aller l'aider à se faire à manger, apaisa le rejet que chacun percevait en lui. La prise en charge de Ch... également, par les malades eux-mêmes, au moment où deux mois après la mort de Philippe, il se détruisait, fit que se répara, dans des actes, la haine violente ressentie à son égard et non dite (il était tenu, par le groupe comme responsable de la mort de Philippe). A l'égard des soignants, la possibilité pour Sch... par exemple d'installer la douche, vint réparer aussi, l'agressivité violente qu'il éprouvait envers le leader médical, accusé d'incapacité.

Plutôt que de multiplier les exemples, il faut remarquer que cette réparation s'exerce donc tant dans la relation soignés-soignants qu'entre les malades eux-mêmes. L'important est qu'elle puisse s'agir, prenant valeur d'un don actif (la différence est là aussi de taille avec ce que permet, en général, la structure hospitalière). Par là, le clivage bon/mauvais objet peut se réduire puisque le mauvais, où sont projetées les pulsions agressives, réintègre le champ d'existence du sujet par la réparation faite à son endroit.

Dans notre travail, donc, de dévoilement du vécu entre les malades et nous, si nous mettons en évidence l'agressivité sous la dépendance, notre volonté est aussi de souligner les éléments chaleureux (signe que le sujet peut donner et réparer), en y voyant l'ébauche d'une reconstruction du malade.

Car la réparation se sous-tend d'une double identification : identification à l'autre qui souffre, identification aussi à un rôle soignant. Cette réunion du lundi soir où F... se vit offrir une aide concrète se scella d'ailleurs sur cette phrase d'un malade : "Et si on devenait nous-mêmes thérapeutiques envers les autres ?"

Avec RACAMIER, je vois dans l'identification, "le moteur principal de la relation de soins".

> "Rappelons d'abord que le processus d'identification comporte une condition absolue : le malade ne s'identifie jamais qu'à ceux qui ont au préalable su s'identifier à lui.
>
> C'est en s'identifiant à un soignant ou à un groupe soignant qui le prend en réelle considération qu'un psychotique arrive à se prendre lui-même en considération. Mais nous pensons que le processus d'identification est de la part des patients susceptible de couvrir une aire beaucoup plus étendue qu'on ne le croit d'ordinaire ; il va pouvoir porter non seulement sur des sentiments ou attitudes (conscients ou non), mais aussi sur le fonctionnement du moi : de constater pour un malade que des soignants, qui prennent soin de lui, pensent, regardent, coordonnent, supportent la frustration, refusent la souffrance inutile, éprouvent de la colère et s'en servent, se reposent, tout cela commence à contribuer à lui permettre d'en faire ou d'en concevoir autant."

Cette identification peut se porter d'abord sur une seule personne : c'est ainsi, en général, qu'un nouveau venu négocie son entrée dans le groupe. Ou sur quelques unes : ainsi se constituèrent les liens entre trois anciens malades du lundi ("Le Directoire"), dans la reconnaissance vécue de points communs.

Le fonctionnement du groupe lui-même permet, par la relation d'aide réciproque, tant au niveau des affects que de la réalité manipulée, une sorte d'identification en chaîne, "on est toujours le guéri ou le malade de quelqu'un" (Sassolas).

L'identification enfin, à l'ensemble de l'institution, "en tant qu'elle constitue elle aussi un organisme" (RACAMIER) me paraît importante : elle est manifeste dans la façon dont les malades peuvent parler, à l'extérieur, du Cerisier (même s'ils ne se privent pas d'être agressifs à l'intérieur !). Ainsi en est-il de Sch... vantant à la propriétaire l'expérience du Cerisier, de B... invitant au foyer le donateur qui pourra nous aider et lui expliquant longuement les buts de l'institution. La constitution de "l'Association du Foyer des Charmettes" indique le même procès identificatoire : en investissant une institution marginale, dont le fonctionnement n'est pas marqué par la ségrégation ou l'échec compulsif, mais apporte au contraire des gratifications, en s'identifiant donc à un bon objet dont ils sont partie prenante, les malades peuvent s'investir eux-mêmes.

L'identification, aux soignants proprement dits, est liée, au Cerisier, à l'identification à l'institution. Mais elle s'opère aussi dans la reconnaissance par les malades que nous investissons notre propre activité soignante. Pour reprendre RACAMIER : "C'est en définitive en nous défendant en tant que sujets traitants que nous défendons les malades en

tant que sujets". Par ailleurs, se retrouve, pour que cette identification soit possible, l'importance de la verbalisation, voire de l'agi, de notre agressivité et notre attachement envers eux.

Quel type d'identification est en jeu dans ce procès ? Avant tout une identification narcissique ou imaginaire (selon P. AULAGNIER), c'est-à-dire passive, -"identification au désir de l'autre"- alors que l'identification symbolique, plus rarement en jeu ici, est "le résultat d'un travail sur soi, oeuvre active du sujet qui se réapproprie librement la parole fondatrice du père" (SAGNE). L'agressivité, justement est corrélative de cette identification imaginaire, "comme l'aspect défensif d'un investissement narcissique d'autrui par le sujet" (SAGNE).

Le soin au psychotique suppose d'abord que puisse se jouer cette identification narcissique du malade au soignant. Qu'il y ait là à la fois une nécessité et des risques, je suis conduit maintenant à le montrer.

VI - DIFFICULTES D'UNE RELATION DUELLE : L'ECONOMIE NARCISSIQUE AU CERISIER.

De ce qui précède, il ressort que le modèle implicite de la relation soignante au Cerisier est, bien sûr, la relation duelle, mère-enfant. Mais le désir de réparation des soignants à l'égard des malades, l'essai d'être la bonne mère qu'ils n'ont pas eue dit de quel poids peut peser sur cette relation de soins l'idéal thérapeutique. Si rien ne vient s'interposer, comme référent, entre le malade et le soignant, le risque est grand que les deux s'enlisent dans une "capture imaginaire" : chacun est alors destiné à renvoyer à l'autre une image idéalisée qui a pour but de confirmer sa propre omnipotence. Ainsi le malade s'aggrave-t-il dans le même temps où le soignant multiplie ses efforts.

GUYOTAT a beaucoup développé cette relation en miroir, relation d'objet narcissique, particulièrement en jeu devant le malade psychotique. Je m'inspirerai donc ici de ses théories, en rappelant d'abord que le système d'économie narcissique nait toujours d'une mise en échec de la toute puissance : ce qui conduit à un écartement de la réalité au profit du fantasme ("la primauté du fonctionnement mental selon le mode fantasmatique est un aspect du narcissisme"), à l'hypertrophie des processus d'idéalisation, au clivage rigoureux entre un bon et mauvais objet. Cette économie narcissique se distingue cependant d'une "économie fusionnelle" dans la mesure où elle suppose une identité acquise : dans l'économie fusionnelle, le clivage est multiple, réalisant la dissociation.

Au Cerisier, c'est par les mécanismes d'idéalisation et de clivage qu'on peut repérer les marques d'un fonctionnement narcissique.

Chez les soignants d'abord. Nul doute que notre idéal thérapeutique est assez envahissant et ce travail le démontre sans doute ! Le propre du psychotique, comme d'ailleurs d'autres malades graves, est bien de développer chez le soignant le désir de le guérir, de réparer son manque originel, d'être donc une mère toute puissante. Va dans ce sens, au Cerisier, notre désir que le malade s'investisse totalement dans l'institution, qu'il "y mette toutes ses billes".

Sassolas disait ainsi que les malades pour qui on peut être utile au Cerisier sont ceux qui n'ont plus rien ailleurs. Cette volonté d'être une nouvelle famille n'est pas sans poser des problèmes avec les malades qui gardent une attache familiale : ainsi l'impossibilité de Pierre, un jeune schizophrène délirant, d'habiter au foyer s'est-elle sans doute fondée sur son déchirement face à deux idéaux également totalitaires. D'ailleurs, et je le reprendrai plus loin, une des caractéristiques du fonctionnement du Cerisier est l'absence de prise en compte de la famille, pour les malades du moins qui en gardent une.

Mais ce désir de remplacer la famille se retrouve identique, chez les soignants, à l'égard des autres institutions soignantes : face au malade psychotique, on veut souvent être le SEUL THERAPEUTE. Le meilleur en tout cas et il est de constatation banale que ce qui a pu être fait avant, auprès d'un malade psychotique, par un autre soignant, est souvent scotomisé. Nos propres réactions contretransférentielles, au Cerisier, sont d'ailleurs souvent marquées du signe de l'enthousiasme ou de la dépression, qui les réfère à une problématique d'idéal.

De toute évidence, cette économie narcissique a été contemporaine de l'installation du secteur à Villeurbanne : l'hôpital, voire pour certains les médicaments, devenaient <u>en soi</u> mauvais, tandis que la prise en charge du psychotique dans la communauté était <u>en soi</u> bonne. L'équipe du Cerisier, dans ses débuts, n'a pas échappé à ce clivage, qui reste actuel pour certains de ses membres. L'hôpital de son côté, a bien perçu cette attitude, y répondant par l'ironie devant l'aggravation de certains malades qui avaient besoin, un moment donné, de l'hôpital. Mais pour nous, nos propres échecs au Cerisier ont vite rendu grinçant : "le rire de se voir si belle en ce miroir !".

Je vois comme un progrès notable dans le fonctionnement de l'équipe que le clivage absolu du début du Cerisier se soit atténué au profit d'un fonctionnement plus souple.

Mais, à l'inverse, cette théorie du clivage me semble venir parfois annuler, non sans astuce, la critique d'une réalité hospitalière qui reste souvent anti-thérapeutique. Le problème de l'asile, de son histoire, de son fonctionnement ne peut se résoudre dans la réduction de la critique à un processus psychologique. Ce serait pour le coup affirmer la prépondérance du fantasme sur la réalité !

Dernière marque de l'économie narcissique chez les soignants, un certain type de fonctionnement de l'équipe, autour d'un leader charismatique, incarnation de l'idéal thérapeutique. Ce fonctionnement narcissique fut évident au moment de la prise en charge intensive de Philippe La cooptation, par ailleurs importante, contribue sans doute à cet établissement d'un ordre hiérarchique qui ne permet pas assez souvent, peut-être, l'expression de la rivalité. Cette équipe reste ainsi longtemps marquée du clivage dans lequel elle se constitua. L'arrivée de nouveaux soignants, dont certains avaient une expérience hospitalière, les divergences exprimées devant telle prise en charge ou telle évolution de l'institution contribuent cependant à fonder, maintenant, sa dynamique sur l'échange.

Que les malades suscitent à cette économie narcissique, à ce fonctionnement imaginaire, je l'ai déjà souligné. Eux-mêmes d'ailleurs imposent en quelque sorte le clivage avec l'hôpital comme postulat de la rencontre avec nous : les réunions furent nombreuses où, s'emportant contre l'hôpital ou les médicaments, ils nous demandaient notre adhésion, comme une image d'eux-mêmes. Mais on a vu que le clivage en bon et mauvais objet, ils l'opèrent aussi à l'intérieur même de l'équipe (cf. le conflit violent avec les femmes, accusées d'être des "dames patronnesses" voyeuristes alors que les "psy", et surtout le leader médical, étaient idéalisés) et parmi eux : ainsi Philippe (surtout après sa mort) était le pur, le lucide, bref le prototype du "vrai malade" tandis que Ch..., passif, nord-africain, n'était qu'un fainéant, plus "tire au flanc" que malade.

C'est le risque que fait courir au malade cette relation d'objet narcissique qui impose de la repérer. Ces risques résident d'abord dans l'impossibilité où peut se trouver le patient de se séparer, d'abandonner l'institution, seul bon objet investi par lui. De fait, peu de malades ont pu quitter le Cerisier ou le groupe du lundi. Peu de soignants, aussi. Quelques uns, cependant, gardent un contact à distance, venant de temps à autre le lundi, peut-être pour s'assurer surtout de notre permanence. Mais c'est avec les malades très investis par les soignants (les habitants du Cerisier donc mais aussi les "fidèles" du lundi soir) que les risques sont les plus grands. D'une part se crée par rapport aux soignants idéalisés un "endettement" ("vous faites tellement pour nous") qui risque de ne pouvoir jamais être réparé : au Cerisier, la manipulation commune de l'argent par les loyers et les AMI3, de même que la possibilité laissée aux patients de nous donner activement quelque chose, cherchent à diminuer ce risque d'endettement. Mais c'est, au niveau imaginaire, dans l'adhésion du malade à l'idéal thérapeutique tout puissant du médecin que réside le danger principal : le malade doit répondre à l'image que le soignant attend de lui. Le fonctionnement du Cerisier me semble courir ce danger quand il juge, par exemple, toute hospitalisation mauvaise. A la limite, il place le malade en crise dans une situation angoissante où son "aller mal" est entaché de culpabilité. L'exemple de ce malade, très investi par le leader médical, arrivé délirant en pleine nuit au Cerisier, et finalement hospitalisé le lendemain, est significatif par les conflits, à un niveau idéal, qu'il suscita dans le groupe. D'ailleurs, ce patient, voyant Sassolas le jour pré-

cédent, lui dit : "Je ne peux pas aller à l'hôpital ; ça fera honte à mes parents...". A un autre niveau, celui de "la réalité manipulée ensemble", il s'établit chez les malades, la même adhésion forcée (sous peine d'abandon) à un idéal thérapeutique écrasant : les difficultés des deux patients qui entrèrent personnellement à la SCI (c'était aussi notre désir très fort que la SCI soit mixte) en font preuve. Enfin, c'est quand, dans une relation très investie par le soignant et le malade, n'existe plus entre eux de tiers possible que les risques énoncés (endettement et adhésion à la toute puissance du médecin) sont les plus grands : la relation s'instaure alors sur un système mortifère de séduction mutuelle. Comment sortir de cette vicariance (qui n'est pas exactement, je le répète, la fusion) ? La mort de Philippe donne peut-être une partie de la réponse...

A méconnaître ces risques, on s'acheminerait au Cerisier vers une négation du projet initial. On empêcherait en effet que le malade organise comme il le veut lui ses clivages, qu'il s'économise comme il l'entend. Et ceci dans notre refus qu'il ne soit pas l'image du fou qu'on voudrait voir.

C'est le pointage, semble-t-il, de l'agressivité dans cette relation en miroir et la reconnaissance de nos limites thérapeutiques - dans l'analyse des échecs ou de la dépendance perpétuée - qui est susceptible de réduire les dangers encourus.

Car à l'inverse, et compte tenu de ce repérage, un fonctionnement narcissique de l'institution me semble tout à fait nécessaire au traitement du psychotique, du moins dans un premier temps. C'est seulement en effet par l'identification à un objet-bon, sécurisant (même s'il est clivé, pour un temps, d'un objet mauvais extérieur) que la position fusionnelle (fusion de l'amour et de la haine) peut être abandonnée dans une expérience vécue de "l'amour primaire". Car le psychotique a besoin de beaucoup, et d'abord de la preuve qu'on ne l'abandonne pas. Ainsi, qu'une institution permette au malade une identification narcissique est toujours un pas gagné sur l'existence morcelée. Peut se reconstituer par là l'indispensable "capital narcissique" qui permettra au malade de négocier, plus tard la séparation et la dépression.

Peut-être le Cerisier vise-t-il d'abord cet objectif. Il le peut justement en restant en partie clivé du circuit traditionnel. Institution communautaire marginale, utopique peut-être dans son "illusion groupale", mais qui permet par son statut "d'objet transitionnel" une libération de l'imaginaire. "Aussi bien l'illusion n'est-elle point le contraire de la vérité, mais peut-être plutôt ce qui peut la précéder. La sécurité découverte dans un espace protégé et surinvesti permet de donner libre cours au rêve et d'anticiper sur sa réalisation collective". (SAGNE)

L'originalité du Cerisier est peut-être de jouer à la fois ce rôle de "lieu de l'illusion", permettant la reconstitution du capital narcis-

sique, et de permettre déjà, dans la prise en compte explicite de la réalité (maniement de l'argent, et surtout achat de la maison dont on a vu quels changements il suscitait) que soit ébauché le passage d'une identification imaginaire à une identification symbolique.

VII - RELATION DE GROUPE ET RESEAU SPONTANE

Mais le travail thérapeutique au Cerisier, jusqu'ici envisagé dans une problématique essentiellement duelle, reconnaît aussi une dimension fondamentale : il est un traitement de groupe.

Certes, ce que j'ai déjà souligné à propos de la manipulation de la réalité, de la réparation, de l'identification, se retrouve aussi en oeuvre dans les relations des malades entre eux. Je voudrais donc maintenant pointer ce que la relation de groupe apporte de spécifique à la prise en charge de ces malades.

L'aide réciproque (affective et pragmative : visites, recherches communes d'emploi, etc...) entre malades permet qu'ils vivent, pour reprendre Sassolas : "une relation de dépendance narcissiquement réparatrice, alors que la relation de dépendance avec le thérapeute, qui n'est pas réciproque, s'accompagne toujours d'un vécu de dévalorisation et d'hémorragie narcissique." En d'autres termes, la relation de groupe vise à atténuer l'endettement, que les patients peuvent vivre à l'égard des soignants.

Cette aide réciproque constitue une sorte de "Bien commun", un "être bien ensemble" qui fonde l'appartenance des malades au Cerisier.

Dès lors - et je m'inspire là d'une thèse récente et pertinente de BOUGRIS sur le rôle du "réseau spontané" en psychiatrie de secteur - la réunion du lundi soir, moment fort et structurant de la vie du groupe, "trouve son sens dans le partage de ce bien commun, non seulement de l'agir en commun mais du sens de cet agir". Comme une autre réunion dont parle BOUGRIS : "Elle prend en considération ce qui se passe dans le tout venant pour en donner acte, c'est-à-dire "attention" : authentifier l'échange, la relation, la rencontre. Donner "acte" revient à faire jouer par la réunion ce rôle de tiers qui permet que la relation ainsi décrite se métabolise en échange d'affects", dépassant la relation du "être bien ensemble" fusionnel et rassurant".

La tentation fusionnelle est toujours grande, en effet, le lundi soir. Du moins entre les malades qui viennent de l'extérieur car la relation avec les habitants du Cerisier, au contraire, est presque toujours conflictuelle. Cette agressivité, projetée sur ceux du dedans, comme sur une partie clivée de l'équipe (cf. malheur aux femmes) ne s'explique par par la seule rivalité avec ceux-ci : elle est autant et surtout signe d'un déplacement de l'agressivité que les malades du lundi soir pourraient éprouver

entre eux. Comme si risquer de se haïr le lundi soir, et repartir ensuite seul, sans le secours du cadre protecteur du Cerisier, était trop dangereux. Sch... à sa manière le disait bien : parlant beaucoup dans le groupe, il se culpabilisa souvent, de façon quasi délirante, de son agressivité verbale qui, disait-il, empêchait les autres malades de venir au groupe, voire les aggravait. Il n'avait pas cependant, ou beaucoup moins, cette crainte à l'égard des habitants du Cerisier.

De la même façon sont niés par les malades, le lundi soir, les affects chaleureux qu'ils peuvent éprouver les uns envers les autres. Ainsi la constitution de liens plus étroits entre trois malades, liens qui rompaient, pour la première fois, leur isolement, fut très longue à se dire et se reconnaître dans le groupe. Comme si devant nous, et devant les autres participants, il fallait rester démunis et abandonnés.

Cette dévalorisation de soi, outre qu'elle niait par avance toute tentative d'autonomie, servait en fait à éviter que ne se vive la rivalité dans le groupe, face à l'appropriation d'un "bon objet". Là encore, notre travail prévalent fut donc non seulement "d'authentifier l'échange" mais de pointer la haine et l'amour derrière la passivité ou la dépréciation des malades entre eux.

RESULTATS ET LIMITES DE L'EXPERIENCE

"Jamais un psychotique ne consentira à guérir pour la gloire de son thérapeute" (RACAMIER).

Alors qu'on ne se méprenne pas : le travail réalisé au Cerisier, malgré notre investissement, bute sur les mêmes échecs, les mêmes désillusions qu'on peut rencontrer ailleurs, face au psychotique. Le suicide de Philippe fut là pour nous le montrer.

Au plan des résultats, déboires et réussites...

Réussite pour certains malades du lundi, qui gardent un lien plus ou moins lâche avec le groupe, et qui semblent par ailleurs investir d'autres endroits, vivant apparemment sans rechûte aigue. Ces malades qui ont pu désinvestir le groupe, semblent le garder en eux comme un bon objet réparateur. Réussite aussi pour des malades beaucoup plus assidus le lundi soir, qui ont trouvé dans le groupe et la participation au fonctionnement du Cerisier une réponse à leur solitude et une relation narcissiquement acceptable ; ceux-ci ont souvent établi entre eux des liens qu'ils prolongent dans la semaine. La décompensation récente, cependant, de l'un d'entre eux, qui avait, il est vrai, quitté le groupe depuis quelques mois, invite à la prudence ! Réussite enfin, en ce qui concerne les habitants du Cerisier, pour ceux qui ont pu aménager cet espace un peu comme ils l'entendaient, sans être massivement pris en charge par l'équipe : l'amélioration spectaculaire de Benoît, un jeune psychotique, dont l'autisme a fait mieux accepter son absence le lundi soir et qui dut moins adhérer que d'autres à l'idéal thérapeutique de l'institution, en est le meilleur exemple.

Déboires, aussi. Il faut d'abord compter avec les nombreux malades venus une fois ou deux le lundi soir et jamais réapparus. Sans doute n'avaient-ils pas trouvé, dans ce qui leur était proposé, une réponse à leur demande. Mais ce risque de fuite augmente peut-être actuellement dans la mesure où les problèmes de gestion du foyer, complexes et fréquemment évoqués le lundi soir, contribuent à exclure les nouveaux venus. D'ailleurs, et malgré les interventions des soignants, l'attitude générale des autres malades est plutôt d'ignorer la présence de l'intrus ! Déboires

également face à l'isolement ressenti par certains malades dans le groupe et à leur distance par rapport au fonctionnement du foyer, dont ils ne parviennent pas à participer à la gestion. Plusieurs d'entre eux ont alors quitté le groupe, parfois en s'aggravant : ce départ se réalisa, pour certains, dès l'installation du groupe du lundi au Cerisier.

En ce qui concerne les habitants du Cerisier, si la mort de Philippe, plus que la violence de mai 72, a été ressentie comme un terrible échec, l'évolution de F... et de Ch... participe à la fois de la réussite et du déboire. F... s'est bien sûr installé de façon passive au foyer pendant un an, s'y chronicisant en quelque sorte. Mais ce qu'il y a vécu, son rôle de mère réparatrice au moment de la violence - pour la première fois, il donnait - semble lui avoir permis de s'installer seul, ensuite, dans une chambre en ville, tout en gardant un lien étroit avec le groupe du lundi. La réparation à son endroit par les malades qui l'agressaient violemment quand il logeait au foyer, a contribué à atténuer sa propre violence, clastique il y a quelques années. Il reste cependant en situation de grande dépendance par rapport aux soignants et c'est un des piliers du dispensaire de Villeurbanne.

Pour Ch... aussi, la prise en charge au Cerisier a d'une part considérablement restauré un narcissisme effondré quand il arriva (cf. sa dégradation physique impressionnante) permettant qu'il vive avec nous une relation où lui aussi nous donnait (cf. les repas hebdomadaires qu'il organisa longtemps, avec succès) mais d'autre part se perpétue une dépendance extrême qui lui fait annuler toute tentative d'autonomie réussie.

L'analyse des résultats, que dessinent ces exemples-prototypes, invite donc à repérer les difficultés de l'expérience du Cerisier, pour mieux en appréhender les limites.

I - Les risques que font courir au patient une économie trop narcissique ont été assez évoqués pour que je ne m'attarde pas. Il s'agit, en fin de compte, de laisser les malades s'économiser comme ils le veulent. Et donc de savoir les laisser partir. Un exemple : un jeune psychotique qui avait été un membre assidu du groupe du lundi s'en alla brusquement. Sans qu'on sache pourquoi. A l'occasion d'une réunion solennelle au Cerisier (en mai 72, à propos de la fermeture du foyer) l'équipe lui envoya, comme à d'autres malades dans son cas, une lettre de convocation. Il répondit, dans une colère noire, qu'il n'avait plus rien à faire avec le Cerisier. Savoir laisser partir les malades implique donc d'accepter qu'ils organisent ensuite un clivage où le Cerisier devienne mauvais.

Dans le même sens va accepter de ne pas tout comprendre de ce que vit le malade. Lui laisser un espace à lui. Or, ce risque d'une interprétation totalitaire est particulièrement vif au foyer, dans la mesure où les faits quotidiens, les moindres évènements sont susceptibles d'être porteurs d'un sens. Une équipe diversifiée dans ses attitudes, vient heureusement prévenir un peu ce risque.

L'exemple de Benoît, en tous cas, montre combien l'abandon d'une position interprétative toute puissante peut être utile.

Accepter enfin de ne pas tout être pour le malade et il faudrait reparler là de notre absence de travail à l'égard des familles des patients. Pour un seul malade, il fut possible de travailler, au Cerisier même, avec ses parents : le père d'un jeune schizophrène très délirant, vint en effet souvent à la réunion du lundi soir. Il y fut accueilli sans agressivité (sauf par son fils) et il sembla que dans l'écoute par le groupe, du discours fou de Pierre, il trouva une identification réparatrice. La mère cependant vint un jour, très agressive, au foyer ; y voyant son fils, elle lança aux soignants qui étaient là : "Eh bien, gardez-le, puisqu'il vous préfère...". Mais cette situation clivée, autant je crois de notre part que de celle de la famille, put être reprise dans le cadre d'une psychothérapie familiale, faite par des soignants qui n'appartenaient pas, alors, à l'équipe du Cerisier.

2 - La manipulation de la réalité entre soignants et soignés, principe fondateur du travail de soin au foyer, laisse apparaître aussi quelques difficultés. Cell e, déjà soulignée, du risque de l'interprétation toute puissante. L'exemple du verrou demandé par Ch... montre autrement le danger que la réalité ne devienne un objet de troc obligatoire entre le soigné et le soignant : "parle-moi du verrou, je te donnerai mon interprétation..." !

A l'inverse, cette importance mise sur la réalité risque aussi que celle-ci s'interpose comme un écran opaque à la verbalisation des émotions dans le groupe. En ce sens, la répétition compulsive, le lundi soir, des problèmes de gestion a fait pendant longtemps que rien d'autre ne pouvait se dire. L'équipe constatait que la folie avait disparu de la réunion du lundi soir. Qu'arrivât cependant un nouveau malade délirant et son discours suscitait chez les autres patients un écho, la verbalisation même de fantasmes personnels dont l'émergence, ce jour là, disait bien le blocage établi aux autres réunions.

L'évolution du groupe du lundi au Cerisier montre ainsi que la réunion commune n'est plus une histoire chaque semaine réinventée. En outre, la désignation des habitants du Cerisier comme "soignés prototypes", dont il faut parler le lundi soir, opère un nouvel écran sur lequel les autres regardent, sans s'impliquer directement, une scène imaginaire.

Il y a enfin, dans ce maniement de la réalité,le danger que le malade y adhère parfois en réponse au désir pressant qu'il perçoit chez les soignants. Se constituerait alors chez lui une sorte de "faux self", signe d'adaptation obligée plus que de création personnelle. J'ai déjà souligné que l'achat de la maison, et la création de la SCI, quels que soient leurs effets par ailleurs structurants, me semblaient augmenter ce danger

et qu'ils opéraient une distinction (possédants/non possédants) difficile peut-être à négocier avec les nouveaux venus.

3 - L'articulation difficile, enfin, de la prise en charge du Cerisier avec un processus psychothérapique classique ressort à la fois du désir des soignants que le malade investisse beaucoup l'institution, et de l'impossibilité fréquente pour ces malades d'accepter d'emblée un système thérapeutique frustrant et angoissant.

Il n'empêche que dans notre approche des malades, au groupe du lundi plus qu'au Cerisier, manque en général toute la référence au passé vécu des patients ; leur histoire personnelle antérieure est en règle ignorée de nous.

Un "traitement" est-il possible dans ces conditions ? Comment aider le malade à élaborer un vécu personnel quand manque, dans sa relation avec nous, sa dimension historique ?

Quelquefois seulement ont co-existé, chez des malades du lundi, une participation au groupe et une psychothérapie individuelle. Dans ces cas, le thérapeute était aussi membre de l'équipe soignante, et les malades ne supportèrent pas de devoir le partager le lundi soir. Quand Philippe, par exemple, fut suivi très régulièrement par Sassolas, il ne revint presque plus aux réunions du lundi soir. Ceci nous invite d'ailleurs à estimer actuellement difficile la prise en psychothérapie d'un malade par un membre de l'équipe. Ce qui n'empêche pas chacun des patients d'avoir une relation plus étroite avec tel ou tel soignant. Depuis peu, d'autre part, un ancien malade du lundi a réentrepris une psychothérapie analytique : il a beaucoup parlé dans le groupe de l'angoisse que suscitait cette nouvelle démarche, qui une fois entreprise, l'a un peu éloigné du Cerisier.

Il reste que pour la plupart des malades, n'existe pas de relation strictement duelle avec un thérapeute. D'ailleurs celle-ci semble, dans un premier temps, illusoire tant que le malade garde son omnipotence défensive.

S'il n'est pas proprement psychothérapique, comment définir alors le travail au Cerisier ? On peut certainement l'assimiler en partie au "processus de soin" tel que le définit RACAMIER :

> "Au regard du processus psychothérapique (que nous entendons dans son orientation psychanalytique), le processus de soin se place non pas au niveau des processus inconscients, mais au niveau des processus qui sont conscients et pré-conscients ;... non pas sur le terrain des mécanismes de défense du moi, mais sur celui des fonctions dites autonomes du moi ; non pas dans le transfert ou

dans ce qui en tient lieu chez le psychotique, mais dans une relation polyvalente que l'on ne cherche point à ramener à une relation opérationnellement transférentielle ; mais non pas dans le secret d'une relation singulière, restant singulière même si elle est collective de part et d'autre, et dégagée des coordonnées habituelles de la vie quotidienne... non pas dans une référence fondamentale au passé vécu du patient (au moins dans l'esprit du psychothérapeute), mais dans l'actualité du concret quotidien ; non pas au seul plan de la réalité psychique propre, mais par rapport à la réalité extérieure, et non pas dans une dimension essentiellement fantasmatique mais dans une considération certes non exclusive et agressive, mais jamais négligée ni escamotée, de la réalité d'autrui et du monde en ce qu'elle a d'irréductiblement propre."

Mais si, comme ce processus de soin, le travail thérapeutique au Cerisier vise avant tout au renforcement du MOI des patients, son inscription dans une réalité transférentielle qu'on cherche à comprendre avec le malade invite aussi aux tentatives interprétatives de la haine, de la dépendance ou de l'abandon. Cette dichotomie processus de soin/processus psychothérapique n'est donc pas aussi formelle qu'elle apparaît chez RACAMIER.

En définitive, le but du traitement en oeuvre au Cerisier est de permettre avant tout une relation narcissiquement acceptable par le malade. La manipulation de la réalité par lui et nous, la réparation possible de la destruction, les occasions ainsi fournies que se vivent, sans danger excessif, l'amour et la haine visent à ce que se reconstitue progressivement un capital narcissique grâce auquel le patient pourra abandonner un peu de son omnipotence et tenter de vivre le passage de la dépendance absolue à la dépendance relative. Si réussit, en effet, cette tentative de création d'un espace intérieur, sera possible peut-être l'élaboration de la séparation.

CONCLUSIONS

Qu'un groupe de malades psychotiques, réunis chaque lundi soir au dispensaire de Villeurbanne, ait eu le désir de construire un lieu, maison où vivre quelque chose ensemble, voilà qui a fondé le Cerisier dont la chronique, marquée d'évènements dramatiques (violences, suicide) mais aussi de chaleur et de créativité, s'arrête, pour ce travail, à l'achat de la maison du foyer. La constitution, en effet, d'une société civile immobilière où participent soignants et soignés, les problèmes de gestion donnant soudain à l'argent un rôle plus décisif qu'il n'en avait jusqu'ici, confèrent au fonctionnement du Cerisier une nouvelle dimension symbolique.

Déterminant pour cette institution s'avère son développement en dehors d'un projet médical préalable et structuré. Que le foyer s'institue, au contraire, au feu de la demande des malades et des exigences de la réalité, s'inscrit dans la conception globale, en oeuvre à Villeurbanne, des soins aux psychotiques : suivre et accompagner le malade dans sa demande et ses symptômes au lieu d'imposer d'abord un cadre de traitement.

Ainsi le Cerisier offre-t-il un espace de soins où les agis, n'étant pas tabou, sont acceptés comme un mode de discours porteur d'un sens à repérer et où soignants et soignés manipulent ensemble, sans nier toutefois leur différence de statut, une réalité où ils sont chacun partie prenante.

Dans ce maniement commun, qui emprunte volontiers son modèle à ce que Bettelheim dit de la "mutualité", se construit une sorte "d'aire de jeu" où "d'objet transitionnel" par quoi les malades font l'expérience renouvelée de leur relation au monde et de la séparation.

Mais, comme le souligne Winnicot : "un père et une mère ne font pas un nourrisson de la même manière qu'un artiste fait un tableau ou un potier un pot. Ils instaurent un processus de développement qui a pour conséquence qu'un individu prend pension dans le corps de la mère puis dans ses bras, puis dans le foyer offert par les parents. Ce que deviendra ce pensionnaire échappe au contrôle de quiconque.". Dans l'utilisation du Cerisier comme ce lieu de pension, le travail thérapeutique porte donc avant tout sur l'analyse de la dépendance des malades à notre égard, de

leur angoisse devant tout mouvement d'autonomie, et sur la verbalisation de la haine et de l'envie qui bloquent, derrière la passivité, les tentatives d'indépendance.

Le Cerisier enfin, en position d'institution marginale, née contre l'hôpital en particulier, s'instaure en "ilot narcissique" (Guyotat) : si cette situation fait courir le risque d'une illusion fusionnelle où tremble le mirage d'un pouvoir thérapeutique idéalisé, elle n'en est pas moins nécessaire au traitement du malade psychotique qui a besoin avant tout d'une restauration narcissique, d'une réparation au niveau de "l'amour primaire" pour que se reconstruise un espace intérieur où puisse se vivre, dans l'abandon de l'omnipotence infantile, la dépression.

Cette dépression reconnue, témoin du manque originel que suscite la première séparation, ne se dit-elle pas dans ces derniers mots du "Temps des Cerises" où, après l'illusion de la fraternité communarde -"illusion communautaire" ? - reste une blessure à jamais vive :

"J'aimerai toujours le temps des cerises,
C'est de ce temps là que je garde au coeur
Une plaie ouverte
Et Dame Fortune en m'étant offerte
Ne pourra jamais calmer ma douleur
J'aimerai toujours le temps des cerises
Et le souvenir que je garde au coeur."

Le Président de la Thèse :
(Nom et Signature)

Paul Guiraud

Vu, le Directeur de l'U.E.R. GRANGE-BLANCHE,

U. ED. GERMAIN

Vu et permis d'imprimer
LYON, le 7 JAN. 1974

Le Président de l'Université Claude Bernard,
Pour le Président, le Premier Vice-Président
Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales,

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON

R. TOURAINE

BIBLIOGRAPHIE

D. ANZIEU	Etude psychanalytique des groupes réels. Les Temps Modernes, 22, n° 242, p. 56-73
D. ANZIEU	L'illusion groupale. Nouvelle Revue de Psychanalyse, 2, n° 4, p. 73-93
M. BALINT	Le Défaut Fondamental. Payot 1971
M. BARNES/J. BERKE	Mary Barnes, un voyage à travers la folie. Le Seuil 1971
S. BECKETT	Fin de sortie. Ed. de Minuit 1969
B. BETTELHEIM	La Forteresse Vide. NRF 1969
BION	Recherches sur les petits groupes. PUF
BLEAUDONU	A la recherche de la communauté thérapeutique. L'Information Psychiatrique, 1968, Vol. 44, n° 8, p. 732-751
J.C. BOUCRIS	Le club du XIIe. A propos du réseau spontané des relations du malade psychiatrique chronique dans la communauté. Thèse Grenoble 1973
P. BRUNAUD	L'institution en création. Thèse Lyon 1972
R. CASTEL	Psychanalyse, Psychiatrie et contrôle social. Revue Esprit, décembre 1972, p. 866-885
P. CASTORIADIS-AULAGNIER	Demande et identification. L'Inconscient 1968, n° 7, p 23-66
H. CHAIGNEAU	Psychanalyse et psychothérapie institutionnelle. Information Psychiatrique 1970, n° 8, p. 763-773
D. COOPER	Psychiatrie et Antipsychiatrie. Le Seuil 1970
G. DELEUZE et GUATTARI	L'antioedipe. Ed. Minuit 1972
G. DELEUZE	Préface à L. WOLFSON (Le schizo et ses langues)
DELIGNY	Gourgas : l'Alte. Mouvement Psychiatrique 1971, n° 2, p 12-14.
M. DEMANGEAT	Des psychotiques qui viennent et vont. Concours Médical, 10-11 1973, p. 6733-6746

P. DUBOR — Structure Psychotique (Abrégé de Psychologie pathologique. par J. BERGERET). Masson 1972

P.F. EVRARD — La psychiatrie instituée. Thèse Lyon 1972

J. FURTOS et R. ROUSSILLON — L'Anti-oedipe : essai d'explication. Esprit, décembre 1972, p. 817-834.

R. GENTIS — Les murs de l'asile. Maspero 1970

R. GENTIS — Guérir la vie. Maspero 1971

J. GUYOTAT — Prise en charge institutionnelle des Psychoses Chroniques stabilisées de l'adulte. Table ronde organisée par le Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris, 15.11.72

J. GUYOTAT — Aspect du Narcissisme dans les psychoses. L'Evolution Psychiatrique, n° 2, 1970, p. 321-342

J. GUYOTAT — L'institution et le médicament psychotrope. A propos des effets thérapeutiques ou contre thérapeutiques d'une loi chez les psychotiques. Exposé fait au Colloque de Toulouse le 17/11/1972 sur le thème Chimiothérapie, Psychothérapie et Criminologie.

B. GRÜNBERGER — Le narcissisme. Payot 1971

J. HOCHMANN — Pour une psychiatrie communaitaire. Le Seuil 1971

J. HOCHMANN et A. ANDRE — La comtesse du regard. Revue Esprit, décembre 1972 p. 886-909

J. HOCHMANN et M. SASSOLAS — Le traitement des psychotiques dans le cadre d'une expérience de psychiatrie communautaire. Revue épidémiologique de Médecine sociale et Santé Publique, 1971, T. 19, n° 7, p. 641-660

J. HOCHMANN — La psychiatrie dans la communauté. Information Psychiatrique, vol. 48, n° 6, juin 72

J. HOCHMANN — L'hospitalisation à domicile des enfants psychotiques. Information Psychiatrique, vol. 49, n° 8, octobre 1973

R. IATTONI-GAGNE — Mémoire d'épistémologie. Lyon 1972

M. KLEIN — Essai de psychanalyse. Payot 1967

M. KLEIN — Envie et gratitude. NRF 1968

R. LAING — Le moi divisé. Stock 1970

R. LAING — La politique de l'expérience. Stock 1969

S. LECLAIRE — Démasquer le réel. Le Seuil 1971

A. LEVY — Les paradoxes de la liberté dans un hôpital psychiatrique. Epi 1969

R. LOUREAU — L'analyse institutionnelle. Ed. Minuit 1970

M. MANNONI — Le psychiatre, son fou et la psychanalyse. Le Seuil 1970

Ph. PAUMELLE — L'apport psychanalytique à la pratique psychiatrique de secteur. L'expérience du XIIIe arrondissement. Information psychiatrique. 1970, n° 10, p. 917-924

J.P. GASTON-PETIT — Contribution écrite à l'histoire d'un groupe. (Mémoire de Psychologie, Lyon 1971)

J. PREVERT — Fatras. Gallimard 1977

P.C. RACAMIER — Le soin institutionnel des psychotiques : nature et fonction. Information Psychiatrique, vol. 46, 1970, n° 8, p. 745-761

P.C. RACAMIER — Le Psychanalyste sans divan. Payot 1971.

S. RESNIK — Personne et psychose. Payot 1973

A. RIFFLET-LEMAIRE — Jacques Lacan. Dessart 1970

M. SASSOLAS — Groupes de psychotiques en milieu extra-hospitalier. Rencontre (Institut Collégial de Psychiatrie de Lille). n° 10, avril 1973, p. 13-18

J.S. SAGNE — L'utopie communautaire. Mémoire de Psychosociologie. Université Lyon II. 1973

H. SEGAL — Introduction à l'oeuvre de Mélanie Klein. PUF 1969

D. WINNICOTT — La localisation de l'expérience culturelle. Nouvelle revue de psychanalyse, n° 4, 1971, p. 15-23

D. WINNICOTT — De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot 1969

D. WINNICOTT — Processus de maturation chez l'enfant. Payot 1970

L. WOLFSON — Le schizo et ses langues. NRF 1970